Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 czerwca 1886. № 26. Rok XXV.

I. Przyczynek do chirurgii narządu słuchowego. Wycięcie młotka wraz z błoną bębenkową w t. zw. suchém zapaleniu jamy bębenkowéj.

Opisał Dr. Roman Barącz,
lekarz prakt. we Lwowie.

Jedną z najuporczywszych chorób pod względem leczenia jest sucha postać zapalenia ucha środkowego; polega ona na zgrubieniu i sztywności błony śluzowéj wyścielającéj części narządu słuchowego wprawiane w drganie, a prowadzi do rozwoju pasm ścięgnistych i zrostów kostek słuchowych z jednéj, a ścian jamy bębenkowéj z drugiéj strony. Hartmann i inni rozróżniają dwie postacie tego cierpienia. Pierwsza jest hyperplastyczną, wywołaną obrzękiem zapalnym, który poprzedza zazwyczaj nieżyt nosa i trąbek Eustachego. W następstwie chronicznego zapalenia przychodzi tu do przerostu tkanki łącznéj i nowowytworzenia naczyń, przyczém powstaje znaczne zgrubienie błony śluzowéj okienka owalnego i wyściółki kostek słuchowych. Ta postać występuje zazwyczaj u osób skłonnych do nieżytów a przeważnie u osób przez zawód swój narażonych na częste zmiany powietrza atmosferycznego. Druga postać tego cierpienia, właściwa skleroza błony bębenkowéj, albo wytwarza się z pierwszéj przez przeobrażenie wsteczne produktów zapalnych, albo téż powstaje pierwotnie jako miąższowe zgęszczenie. Błona śluzowa w tych przypadkach jest bardzo sztywną, może zawierać złogi wapna a nadto powstają w niéj skostnienia, w skutek których pojedyncze części narządu pośredniczącego przewodnictwu głosu zrastają się ze sobą i z sąsiedztwem. Nowotworzenie kostne występuje osobliwie na okienku owalném; w następstwie tego kostnieje błona okrężna płytki strzemienia i powstaje synostoza tegoż z nieruchomością w okienku jajowatém. Nadto kostnieje okienko okrągłe i powstaje ankiloza kostek słuchowych. We wszystkich tych przypadkach błona śluzowa jamy bębenkowéj jest bladą, nieobrzmiałą, zupełnie suchą. Druga postać nagabywa zwykle osoby wątłe, nerwowe, skłonne do dny i gośćca. Dziedziczność w obu postaciach odgrywa dość znaczną rolę. Choroba występuje zazwyczaj obustronnie, jedna jednak strona przedstawia zwykle znaczniejsze zmiany; choroba rozwija się często żółwim krokiem, chory przypadkiem uważa pogorszenie słuchu, późniéj przyłączają się prawie zawsze objawy przedmiotowe: szum, pisk, gwizdanie, pianie itp. Objawy przedmiotowe i przytępienie słuchu nie są zawsze zależnemi od siebie, częściéj jeden objaw przeważa. Często bardzo chorzy tacy lepiéj słyszą, jeżeli w otoczeniu ich powstanie silny szmer *(Paracusis Willisii)*. Jeżeli sprawa chorobowa zajmie okienko przedsionka, występują równocześnie objawy przemawiające za chorobą błędnika; chorzy tacy zazwyczaj doznają uczucia zajęcia głowy, zawrotu głowy i ciężkości w niéj.

Przedmiotowo znajdujemy w pierwszéj postaci nieco silniejsze nastrzykanie błony bębenkowéj niż w stanie prawidłowym, osobliwie na krótkim wyrostku i na rękojeści młotka; uwydatnienie to naczyń jest obrazem przekrwienia błony śluzowéj jamy bębenkowéj po wykluczeniu samoistnéj choroby błony bębenkowéj. W drugiéj postaci błona bębenkowa jest albo miejscami, albo téż w całości ćmawa; często zawiera złogi wapna, również często powstają w niéj dołki, ztąd lejkowato bywa zaciągniętą, albo téż bywa ścieńczałą; w tym razie ma odcień niebieskawy. Zapadnięcie błony bębenkowéj w całości (poziome położenie młotka) przemawia za obrzmieniem trąbki Eustachego albo zatkaniem jéj światła. Jeżeli przy użyciu lejka Siegla albo podczas stosowania sposobu Politzera położenie młotka się nie zmienia, mamy prawo do rozpoznania ankilozy kostek słuchowych.

Rokowanie jest zazwyczaj w obu postaciach choroby wątpliwém.

Leczenie. W obu postaciach choroby przedmuchiwania powietrzne sposobem Politzera mają pierwszeństwo przed innemi zabiegami, albowiem są one w stanie zmniejszyć przekrwienie i obrzmienie, usuwają nieprawidłowe usta-

wienie błony bębenkowéj i kostek słuchowych a zarazem przerywają powstające zrosty. Z tym zabiegiem należy połączyć wstrzykiwania do jamy bębenkowéj. W pierwszéj postaci zapalenia są wskazane środki ściągające (0·5—1% roztwór *zinci sulfur.*), w obec właściwéj sklerozy zaś rozmiękczające (1—4% roztwór *natr. carbon.*). Czasem wprowadzania pary wodnéj albo salmiaku *in statu nascenti* do ucha środkowego, polecone przez Tröltscha, okazały się korzystnemi. Wstrzykiwania środków ściągających a względnie rozmiękczających radzi Politzer uskuteczniać co drugi dzień naprzemian z wdmuchiwaniami według swojéj metody. Rozliczne atoli te zabiegi okazały się w przeważnéj liczbie przypadków płonnemi, co skłoniło różnych otyjatrów do chwycenia się zabiegów czysto chirurgicznych. Zabiegi te podane w obec zgrubień i zrostów błony bębenkowéj były bardzo liczne; niektóre z nich należą obecnie prawie tylko do historyi. O ważniejszych wspomnieć mi tu wypada: Najprostszym i najdawniej już znanym przez Astleya Coopera i niezależnie od niego przez Himlyego w r. 1795 podanym zabiegiem jest paracenteza błony bębenkowéj, któráto operacyja przez długi czas zaniechana w nowszych dopiero czasach przez J. Grubera w Wiedniu wznowioną została. Przy znaczném napięciu albo zgrubieniu błony bębenkowéj radzono uskuteczniać wielokrotne nacięcia, Voltolini zaś zaproponował utworzenie otworu w błonie galwanokauterem. W obec znacznego napięcia fałdów błony bębenkowéj wychodzących od krótkiego wyrostka młotkowego proponowano ich nacięcie; Politzer w r. 1870, a niezależnie od niego Lucae w r. 1872 pierwsi osiągnęli wyniki korzystne w sklerozie i zrostach w jamie bębenkowéj przez przecięcie silnie napinającego się fałdu odchodzącego ku tyłowi od małego wyrostka młotka; Tröltsch w r. 1881 osiągnął podobny skutek przez przecięcie fałdu przebiegającego ku przodowi od krótkiego wyrostka młotkowego. Przy zapadnięciu błony bębenkowéj ze skróceniem ścięgna mięśnia napinającego bębenek uskuteczniano tenotomiję tego mięśnia, wykonaną po raz pierwszy przez Webera-Liela w r. 1868. Osiągnął on z téj operacyi korzyści, osobliwie u chorych z silnemi cierpieniami podmiotowemi. Gdy jednak zmiany chronicznego zapalenia ucha środkowego nie lokalizują się w tych bardziéj na zewnątrz położonych częściach, lecz polegają najczęściéj na zrostach całego łańcucha narządu pośredniczącego przewodnictwu głosu, łatwo pojąć, że z powyższych zabiegów wyjątkowo tylko osiągnięto spodziewane korzyści. Starano się osiągnąć je przez wycięcie błony bębenkowéj. Wycięcia kawałka błony bębenkowéj (Paweł Fabrici) w nowszych czasach zupełnie zaniechano; również sfirotomiję, t. j. wycięcie kawałka młotka, poleconą przez Wredena, który przez wycięcie równoczesne części doprowadzających naczyń chciał w ten sposób zapobiedz regeneracyi wyciętej części błony; zaniechano także nacięcia krzyżowego błony bębenkowéj z następową kauteryzacyją brzegów azotanem srebrowym, wypalania otworu w błonie bębenkowéj zgęszczonym kwasem siarkowym (Francis Simrock).

Racyjonalniejszym i więcéj na znajomości stosunków anatomicznych opartym zabiegiem jest podany przez Kessla usunięcia kostek słuchowych a względnie sztuczna mobilizacyja płytki strzemienia. Kessel ważył się nawet na wycięcie zrośniętego strzemienia przekonawszy się na podstawie doświadczeń na zwierzętach (psach i gołębiach), że przez wycięcie strzemienia, a względnie *columella,* nie występowały ani zawroty głowy, ani zboczenia w koordynacyi i że nawet początkowo ztąd powstała głuchota ustępowała po zabliźnieniu się otworu w okienku owalném i nagromadzeniu się znów perilimfy, która podczas zabiegu odpłynęła. Że utrata słuchu, pomimo utraty młotka i kowadła, nie następuje, wykazał to już zresztą Schwartze (*Arch. f. Ohrenheilk.* t. II, str. 229) na Zjeździe niemieckich lekarzy w Wiesbadenie w r. 1873 a słuch u dzieci, u których S. wydalił młotek i kowadło dla nekrozy, był dostatecznym do możności odwiedzania szkoły. Wolff (*Gräfes u. Walthers Journal für Chirurgie,* T. VII, z. 2, str. 9) zaś przytacza przypadek, gdzie u dziecka 4 letniego pomimo utraty młotka, kowadełka i strzemienia słuch był nienaruszony. Pierwsze próby wykonania operacyi wycięcia młotka na istocie żywéj wykonał Schwartze w r. 1873. Wynik operacyi był korzystnym tylko do czasu z powodu szybkiéj regeneracyi niezupełnie wyciętéj błony bębenkowéj. W celu zapobieżenia téj regeneracyi zaproponowali Bonnafont, Politzer i Voltolini wprowadzanie do otworu w błonie bębenkowéj rurek srebrnych lub kauczukowych 2—3mm. długich o średnicy 1mm.; rurki te jednak wypadały i okazały się niepraktycznemi. Dopiero Kessel podał sposób zapobiegający téj regeneracyi przez wydalenie chrząstki w tylnym obwodzie błony bębenkowéj a ewentualnie resekcyję za pomocą dłutka części pierścienia chrzęstnego ze *sulcus tympani.*

Wskazania (Schwartze w *Deutsche Chirurg.*, wyd. 32, str. 281—283) do operacyi wycięcia młotka wraz z błoną bębenkową są następujące: 1) chroniczne ropienie ucha środkowego połączone z próchnieniem kostek słuchowych i cholesteatoma jamy bębenkowéj; 2) nieruchomość młotka wywołana zwapnieniem błony bębenkowéj albo zrostem stawu młotko-kowadłowego, a jako objaw tego cierpienia: gwałtowne szmery podmiotowe; 3) zarośnięcie trąbki Eustachego, skoro po nakłuciu zapadniętéj błony bębenkowéj polepsza się słuch wśród równoczesnego spłaszczenia błony. Warunkiem, śród którego operacyję tę przedsiębrać można, jest utrzymanie przewodnictwa kostnego dla tonów o 8 oktawach. Przy łatwém rozumieniu szeptu w bliskości ucha w sklerozie operacyja nie jest w stanie zazwyczaj polepszyć słuchu.

Miałem sposobność już wielokrotnie obserwować chorych dotkniętych tém cierpieniem; w wielu przypadkach stosowałem metodę Politzera czasem z aspiracyją pary eteru octowego i etylu jodowego; często kateteryzowałem trąbkę Eustachego i wprowadzałem do niéj środki rozmiękczające, jak dwuwęglan sodowy, parę salmiaku, parę wodną itd., wszystkie te środki jednak zawodziły; pomagały one wprawdzie czasem chwilowo, ale po narażeniu się chorego na wpływ zimniejszego powietrza szum w uszach u tych chorych napowrót z gwałtownością pierwotną występował. W 2 moich przypadkach okłady wilgotne ciepłe, a nawet gorące, często odmieniane wpływały chwilowo korzystnie na zmniejszenie szumu w uszach. Nie widząc atoli w tych rozpaczliwych przypadkach trwałego polepszenia po zastosowaniu powyższych środków postanowiłem w stósownym przypadku uciec się do zabiegu operacyjnego. Nastręczyła mi się wnet do tego sposobność. (Dok. nast.)

II. Kilka uwag nad wartością podotrzewnowéj operacyi przepukliny uwięźniętéj bez otwarcia worka.

Skreślił Dr. Józef Orłowski,
prymaryjusz szpitala powszechnego w Przemyślu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Drudzy dopuszczają tę operacyję tylko przy małych przepuklinach, gdzie części treści nie wiążą się i nie plączą wzajemnie, bo treść tylko z jednéj pętli lub ściany się składa. Bryant w rozdziale traktującym o cięciu przepuklinowém powiada między innemi: jeżeli przyczyna uwięzienia znajduje się zewnątrz worka, jak zwykle w przepuklinie udowéj, otwarcie worka rzadko jest potrzebném, cięcie zewnętrzne zupełnie wystarcza; chirurgija zbyt czynna jest zawsze złą, a w przepuklinie zbyt często fatalną, a chirurg, który otwiera worek w każdym przypadku, oczywiście często czyni to, co jest niepotrzebném.

Nareszcie na korzyść operacyi bez otwarcia worka przytaczają statystykę, która rzeczywiście silnie za nią przemawia.

Największym jéj przeciwnikiem był Dieffenbach i kilku innych, ale rozumowanie ich jest tak słabe i w zapatrywaniach tyle panuje niekonsekwencyi, że właściwie stają na rozdrożu, zalecając ją w jednych przypadkach, potępiając w innych, bez zajęcia pewnego wybitnego stanowiska.

W całéj téj polemice wśród pozornie ponętnych argumentów, jak nić czerwona snuje się jedna myśl przewodnia: obawa skutków otwarcia otrzewny; tak dalece opanowała ona umysły, że dla niéj zapomniano o głównéj rzeczy. I rzeczywiście, gdy zważymy, o ile była uzasadnioną, ile chorych ginęło mimo najstaranniéj i najlepiéj wykonanéj operacyi z otwarciem worka, to nie będziemy się dziwić, że metoda bez otwarcia, mimo tylu stron słabych, tak wielu gorących znalazła zwolenników. Dziś jednakże, dzięki olbrzymim rezultatom antyseptyki, nie jesteśmy już tak dalece skrępowani, aby zapomnieć o wszelkich innych względach i wskazaniach, które dla dobra chorych są niezmiernie ważne, a przed owym dominującym upiorem dotychczas nieraz ustępować musiały.

Pomijam już to, że dzisiaj przy ocenianiu wartości operacyi dawniejsza statystyka nie może służyć za punkt oparcia, bo należałoby całkiem nową stworzyć, i nie kuszę się też zbijać przytoczonych i nieprzytoczonych poglądów, nie chcąc zbyt rzeczy rozwlekać; dla rozstrzygnięcia kwestyi zadaję sobie pytanie, co w ogóle przez operacyję przepukliny zamierzam osiągnąć? Zdaje mi się, że każdy zgodzi się ze mną, że mamy tu przed sobą cel dwojaki; po pierwsze: uwolnienie części uwięźniętéj, po drugie: zabezpieczenie chorego od powtórzenia tego przypadku na przyszłość. Cel pierwszy dałby się osiągnąć często bez otwierania worka, ale, jak mój przypadek wskazuje, nie zawsze i nie w każdym razie, a obliczenie skutku nie zawsze leży w naszéj mocy; nadto zaś przystępując do operacyi trzeba mieć w pamięci możebność istnienia obok widocznéj, jeszcze innéj przepukliny ukrytéj lub skrętu; w obec tego zapytuję, czy godzi się pomijać tak dobrą sposobność przekonania się i upewnienia, ażali oprócz zwolnionéj inkarceracyi w kanale nie znajduje się przypadkiem jeszcze inna dostępna wymacaniu i czy temu wskazaniu da się zadość uczynić bez otwarcia worka? Ilekroć wykonałem cięcie przepuklinowe z otwarciem worka, nigdy nie zaniedbałem po usunięciu inkarceracyi zbadać dokładnie palcem jamy brzusznéj, i przy ścisłém zachowaniu przepisów antyseptyki nigdy nie doświadczyłem złych skutków z tego postępowania; a to samo doświadczenie zrobili z pewnością wszyscy operatorowie; jestto więc obawa płonna.

W obec tego traci też na znaczeniu zastrzeżenie niektórych, że tylko wtenczas godzi się operować bez otwarcia worka, gdy można poprzednio nabrać jasnego poglądu na stosunki i stan części uwięźniętych; tam gdzie wszystko jest zakryte osłoną, częstokroć grubą, gdzie dostęp do części głębiéj położonych utrudniony a nawet bez utorowania drogi nożem niepodobny, gdzie możebném jest złudzenie, sądzę, że często puszcza się na hazard, kto poprzestaje na cięciu zewnętrzném i nie otwiera worka. Nareszcie, jeżeli już raz zdecydowaliśmy się na zabieg chirurgiczny, przy którym jedno niewielkie dodane cięcie jest w stanie z prawdopodobieństwem zapobiedz powtórzeniu okropnéj sceny inkarceracyi na przyszłość, czyż wolno nam opuścić tak dogodną sposobność i zostawiając worek, pozostawić niejako łapkę na trzewa?

Zbierając to, co się wyżéj powiedziało, wypada, że kto ma na celu nietylko chwilowe, ale trwałe uwolnienie inkarceracyi, kto chce kroczyć drogą pewną, pamięta o możebności istnienia różnych niespodzianek, (a ileż ich to szczególnie przy herniotomii się nie spotyka!), kto wreszcie pragnie stworzyć dla chorego możliwie najlepsze warunki, ten zgodzi się na zasadę, że w każdym razie należy worek otworzyć i cały lub część jego, stosownie do okoliczności, wyciąć. Rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób i w jakim porządku byłoby najlepiéj cięcie przepuklinowe wykonać. Dla ustanowienia w tym względzie pewnéj normy musimy uprzytomnić sobie obok celu operacyi i plan, jaki w niej przewodniczyć winien; tu zaś główną troską i staraniem operującego ma być: ochrona części wypadłych od działania wszelkich szkodliwych wpływów podczas operacyi, a zatém od ugniecenia, o ile się ono da uniknąć i od wystawiania przez dłuższy czas nad potrzebę na zetknięcie z powietrzem. Temu ostatniemu wskazaniu już w znaczniejszéj części staje się zadosyć przez użycie środków przeciwgnilnych, a o ile w naszéj mocy, jeszcze możemy dodać do tego skrócenie czasu ich obnażenia, przez przesunięcie chwili otwarcia worka na późniejszy okres. Pierwsze zaś i drugie razem da się osiągnąć w sposób następujący: przedewszystkiém odsłonić worek, t. j. odłuszczyć całkowicie od części otaczających aż do miejsca zaciśnięcia; po dokonaniu tego wprowadzić nożyk przepuklinowy, którym, jak zwykle, nacina się pierścień zdziergający; dopiero gdy w ten sposób (jeśli tu leżała przyczyna ścisku) części zostaną uwolnione, otworzyć worek, obejrzeć dokładnie treść jego, czy to naocznie, jeśli jeszcze do jamy brzucha nie wpadła, czy też palcem, jeżeli to już się poprzednio stało, w każdym zaś razie zbadać jamę brzuszną palcem, a w końcu dopiero, gdy wszystko znajdzie się w porządku, wyciąć sam worek i zamknąć. W ten sposób wykonałem operacyję przed 7 laty po raz pierwszy, dziś zaś dowiaduję się, iż angielscy chirurgowie używają téj metody od lat kilku, jak zapewniają z bardzo dobrym skutkiem. Naturalnie, iż jeżeli przyczyna zadzierzgnięcia znajduje się w worku, należy ją w stosowny sposób usunąć. W obec powyższych wywodów zdaje mi się, że operacyja bez otwarcia worka nie zasługuje na tak usilne zalecenie, jakiego z tylu stron doznaje, i jeżeli wytkniemy sobie cel jasno, wątpię, czy w ogóle wykonanie jéj da się usprawiedliwić. Czy bezwarunkowo należałoby ją potępić? Ja wyobrażam sobie jedyne przymusowe położenie, gdzie użycie jéj zdołał-

bym przed sobą uniewinnić: t. j. gdybym był znaglony do operowania bez asystencyi i bez środków antyseptycznych, a do tego w porze nocnéj; byłabyto, *sit venia verbo* „operacyja od biedy“, lecz metodycznie nie mam chęci wykonywać jéj nigdy. Na 27 herniotomij wykonałem ją tylko 2 razy i wyznam szczerze: z a k a ż d y m, wbrew zapatrywaniu Bryanta, m i a ł e m u c z u c i e, j a k o b y m n i e d o k o n a ł c z e g o ś, c o z r o b i o n é m b y ć p o w i n n o. Zapewne, że ktoby chciał jeszcze daléj wskazanie rozciągnąć, znalazłoby się jeszcze jedno (ale to daje się uniknąć), gdyby np. wypadło operować wśród zaraźliwych wyziewów, u ludzi biednych, ciemnych, gdzie na porządne leczenie następowe liczyć nie można; znalazłem się i w takiém położeniu przed 6 laty: u pewnéj izraelitki wykonałem herniotomiję z otwarciem worka w mieszkaniu nad wszelki wyraz niechlujném, odprowadziłem jelita wyglądające zdrowo, założyłem opatrunek karbolowy, pojawiły się stolce, chorą zostawiłem w stanie bezgorączkowym, rzeźwą, wszystko pozwalało spodziewać się pomyślnego skutku, w tydzień jednak potém umarła, a jak się dowiedziałem, przez cały czas nie wzywano wcale lekarza i opatrunku nie zmieniono; można sobie wyobrazić i przypuścić, co przy panującym brudzie i niechlujstwie, wśród zaduchu i zaniedbania mogło być śmierci przyczyną. Od tego czasu w podobnych warunkach nie podejmuję operacyi u pacyjenta w domu, lecz każę go przewieźć do szptala.

A teraz, jakkolwiek to do rzeczy ściśle nie należy, nie mogę się wstrzymać, aby przy téj sposobności nie dorzucić jeszcze kilku słów o porze stosownéj do operacyi przepuklin w ogóle. Wiadomo, jak świetne bywają jéj wyniki w przypadkach świeżych, gdzie zbyt forsownéj *taxis* nie usiłowano; a kto zna przebieg uwięźnienia, kto wie, iż w takich razach można prawie z góry zapewnić, że rezultat będzie pomyślny, ten z wielkim żalem, że nie powiem oburzeniem, musi patrzeć na przypadki zaniedbane. Różne okoliczności składają się na to, u nas w szczególności do dziś dnia niewykorzeniona ciemnota i zabobon, z któremi może nikt tyle smutnych doświadczeń nie zrobił co lekarz, ale cokolwiekbądź, nie mogę przemilczeć, że, lubo w małéj cząstce, i my sami nie jesteśmy bez winy, niestety bowiem jeszcze tu i owdzie znajdują się tacy, którzy nie przejęli się duchem postępu, często więc najdroższy czas się marnuje, a spotkasz się tu z pijawkami, różnemi maziami, a co gorsza: nawet z środkami drastycznemi, a gdy czas najlepszy minął, kiedy siły chorego wyczerpane, na domiar biedy dostajesz go do operacyi z mosznami od ugniecenia przy niemiłosiernéj *taxis* opuchłemi i granatowemi; na szczęście coraz to już rzadsze dziś wyjątki. Otóż mniemam, że tak dla dobra ludzkości, jak dla podniesienia powagi nauki i całego stanu, sami powinnibyśmy ustanowić dla siebie ogólną normę postępowania, a pamiętając złote słowa Stromeyera: „j e ś l i z g ł o s i s i ę d o c i e b i e c h o r y z u w i ę z i o n ą p r z e p u k l i n ą w n o c y, o p e r u j p r z e d w s c h o d e m s ł o ń c a, j e ż e l i w d z i e ń, n i e c z e k a j a ż s ł o ń c e z a j d z i e“ ustanowić zasadę: jeżeli w pierwszych 36 godzinach, a w gwałtowniejszych przypadkach nawet wcześniéj, odprowadzenie bezkrwawe czy z chloroformem czy bez niego nie dało się uskutecznić, wykracza przeciw bezpieczeństwu życia chorego ten, kto nie stara się znaglić go do poddania się operacyi. Gdyby tę zasadę dało się przeprowadzić konsekwentnie, zapalenie otrzewny, wycinanie zgorzelinowych części i zszywanie jelit należałoby do niesłychanie rzadkich wydarzeń.

III. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał Prof. Dr. Cybulski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

W załączonéj tu tablicy przytoczone są jeszcze inne doświadczenia, które także mogą służyć na poparcie wypowiedzianego wyżéj zdania co do wpływu ciążenia.

Z doświadczenia IV widzimy, że już od samego początku wahania tak w tętnicy dogłowowéj jak również udowéj są dość znaczne i posiadają cechy zmian, właściwych zwierzętom, u których oddechanie nie jest w stanie normalnym; zmiany te są bardziéj wybitne po przecięciu nerwów błędnych, jakkolwiek jeszcze nie mamy w tętnicy udowéj obniżenia się parcia przy pozycyi pionowéj głową do góry i podnoszenia się w pozycyi głową w dół, któreśmy mieli u poprzednich: gdy jednak, zwierzę przystosowało się do sztucznego oddychania, zmiany te wystąpiły świadcząc tém samém, że przy usunięciu czynnego oddychania, jakkolwiek biernie zwierzę przyjmowało udział w oddychaniu; to jednak zmiany te były niedostateczne aby zapobiedz nienormalnemu rozmieszczeniu się krwi.

Doświadczenie V ważne jest z tego względu, że już samo zatrucie kurarą było dostateczném, aby wywołać najcharakterystyczniejsze objawy nieprawidlowego rozmieszczenia krwi, podczas gdy przed zatruciem kurarą, parcie w dogłowowéj zmieniło się bardzo mało, a w parciu w tętnicy udowéj były więcéj znaczne zmiany, niżby być musiały, lecz jakościowo odpowiadały zmianom hydraulicznym.

Z doświadczenia 6 i 7 widzimy, że po zastrzyknięciu kurary zmiany były nie zupełnie charakterystyczne; dopiero przecięcie nerwów błędnych miało ten skutek.

Na mocy tych dwóch doświadczeń, a przeważnie 6, w którém zmiany w ilości skurczów są stosunkowo nieznaczne, a jednak do przecięcia nerwów błędnych zmiany nie były wybitne, możemy przypuścić, że regulujący wpływ nerwów błędnych oprócz ilości skurczów na 1′ może polegać jeszcze na zmianie pracy serca. Że taki wpływ jest możliwy o tém świadczą doświadczenia Gaskela (*Procedings of the royal Society* 1881, s. 217), Heidenheina (*Pflügers Archiv.* t. XXVI), Pawłowa (*Centrobieżnyje nierwy sierdca, dys.* St. Petersburg 1883 r.).

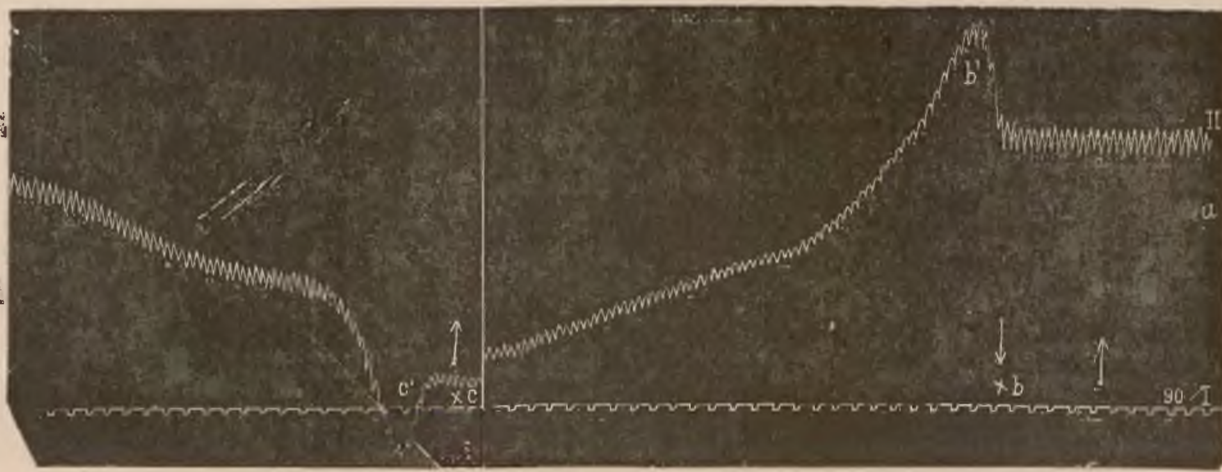
W doświadczeniu VIII mamy przyklad, że samo przecięcie nerwów błędnych jeszcze nie zawsze wystarcza do otrzymania znacznéj nieprawidlowości w rozmieszczeniu krwi, lecz że do tego winny być usunięte ruchy mięśni brzusznych; jako też po zastrzyknięciu kurary wystąpiły te zmiany najwybitniéj.

Przecięcie rdzenia tak w tém, jak również i w innych doświadczeniach nowych zmian oprócz ogólnego obniżenia parcia nie wywołuje, zjawiska zależne od zmian pozycyi są te same, co i po zatruciu kurarą, nie istnieje jednak zwykle następcze podniesienie się parcia przy pozycyi głową do góry, które bywa u zwierząt z nieuszkodzonym rdzeniem. Ściskanie brzucha i po przecięciu rdzenia ma toż samo działanie, mianowicie usuwa następcze podniesienie się parcia przy zmianie pozycyi na głową w dół z pozycyi głową do góry.

Charakter tych zmian w parciu najwyraźniéj przedstawiają przytoczone tu krzywe u zwierzęcia zatrutego kurarą, do przecięcia rdzenia fig. 7 i po przecięciu 8 i 9.

Krzywe te zasługują na uwagę z tego względu, że na nich zmiany zależne od wpływów hydraulicznych i fizyjologicznych są do pewnego stopnia odosobnione fig. 7 w pozycyi głową do góry w pierwszéj chwili na krzywéj parcia w tętnicy udo-

Fig. 7.



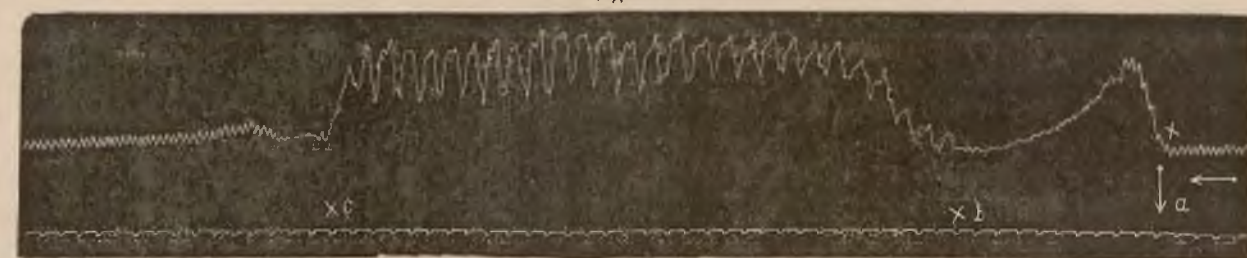
I. Sekundy na wysokości = 90 mm. rtęci.
II. Krzywa parcia w tętnicy udowéj po zatruciu kurarą i przecięciu błędnych nerwów; od *a* do *b* poziomo; od *b* do *c* pionowo głową do góry przy *b'*, fala w skutek wpływu hydraulicznego; biała linija przy *c*—przerwa na 1'. Od *c* do końca—pionowo głową w dół; przy *c* zmiana hydrauliczna, × początek zmiany.

Fig. 8.



I. Sekundy na wysokości = 0.
II. Krzywa parcia ościennego u tego samego zwierzęcia po przecięciu rdzenia pacierzowego, od *a* do *b* pozioma; od *b*—do *c* pionowo głową do góry; od *c* do końca pionowo głową w dół.

Fig. 9.



I. Sekundy na wysokości = 0.
II. Krzywa parcia ościennego w tętnicy udowéj również po przecięciu rdzenia; od początku do *a* pozioma; od *a* do *c* pionowo głową do góry; od *b* do *c* uciskanie jamy brzusznej. Przy *c* głową w dół.

wéj mamy podniesienie się parcia; jestto zmiana hydrauliczna; bardzo jednak prędko, po 3, 4 sekundach mamy już obniżenie się parcia, jako skutek warunków fizyjologicznych. W pozycyi zaś pionowéj głową w dół mamy również w pierwszéj chwili obniżenie się skutkiem wpływu hydraulicznego i następcze podnoszenie się parcia, jako skutek warunków fizyjologicznych. Na krzywéj 8 mamy to samo po przecięciu rdzenia, lecz na krzywéj 9 w ślad za uciskiem brzucha nie występuje następcze podniesienie się przy pozycyi głową w dół (przy ×*c*. fig. 9) i parcie wciąż pozostaje na tym samym poziomie.

Przytoczone w powyższych doświadczeniach zmiany otrzymują się prawie zawsze, z tą tylko różnicą, że u jednych osobników mniéj u innych są więcéj wybitne, jako regułę mogę przytoczyć, że zmiany te są tém większe, im dłużéj trwa doświadczenie, i im większe i szybsze są krańcowe zmiany w pozycyjach. Z 15 doświadczeń, które w tym celu wykonałem, tylko w jedném zmiany, nawet po zatruciu kurarą i przecięciu nerwów błędnych, nie posiadały tych cech, które mieliśmy w przytoczonych doświadczeniach w zupełności, jakie jednak są warunki, przy których tych zmian się nie otrzymuje podać nie jestem w stanie; przypuszczam jednak, że to zależy od stanu napełnienia organów brzusznych, przyczém oczywiście parcie w jamie brzusznéj przy napełnionym żołądku i jelitach musi podlegać mniejszym zmianom niż w tym razie, kiedy jelita i żołądek są próżne.

W każdym razie z tych 14 doświadczeń wynika po pierwsze, że zarzut prof. Paszutina był całkowicie niesłusznym, gdyż stanowczo po zatruciu kurarą i przecięciu nerwów błędnych można obserwować przy pozycyi pozioméj głową w dół podnoszenie się parcia w tętnicy udowéj, zamiast obniżenia się, powtóre, że zjawisko to nie bywa u normalnych zwierząt dzięki działaniu oddechania, i po trzecie, że zmiany te w parciu u zwierząt nienormalnych zależą od nieprawidłowego rozmieszczenia krwi, jedynie w układzie żylnym.

Dla udowodnienia téj ostatniéj tezy byłoby rzeczą ważną określić parcie w żyłach także przy rozmaitych pozycyjach, że jednak metody dotychczas używane do określenia parcia w żyłach są bardzo niedokładne, doświadczeń tych tymczasowo zaniechałem tém bardziéj, że już pod tym względem istnieją doświadczenia prof. Paszutina i Dra Irtschika (*Ueber den Einfluss der Schwere des Blutes auf den Seitendruck der Venen etc.* Dorpat 1874).

Co do wyników doświadczeń tych autorów, to prof. Paszutin podaje, że przy sztuczném oddechaniu w żyłach szyjnych (*v. jugularis*) przy pozycyi głową w dół parcie jest nieco większe, przy odwrotnéj pozycyi nieco mniejsze niżby być musiało stósownie do obliczenia, w udowych zaś zachowuje się według praw hydraulicznych, u normalnych jednak zwierząt taka prawidłowość nie istnieje ze względu na oddychanie, które się zmienia przy każdéj pozycyi. To ostatnie twierdzenie zgadza się najkompletniéj z podaném wyżéj objaśnieniem, liczby jednak Irtschika nie dają możności zrobienia jakichkolwiek wniosków, tém bardziéj, że sam autor twierdzi, iż wzrost zwierzęcia, a tém samém długość żył, nie ma żadnego wpływu na zmiany w parciu; zresztą te ostatnie doświadczenia są bardzo powierzchowne. Chcąc

wszakże w każdym razie bliżéj poznać zmiany w rozmieszczeniu krwi wykonałem kilka doświadczeń, w których oznaczałem prędkość ruchu krwi za pomocą fotochemotachometru zastosowując fotografiję lub wprost za pomocą manometru różniczkowego (patrz Przegląd Lek. Nr. 11, 12). Z doświadczeń tych okazało się, że prędkość w tętnicy dogłowowéj przy pozycyi głową w dół, tak u normalnych zwierząt, jakoteż u zatrutych kurarą zwiększa się, a osobliwie w pierwszéj chwili, w *vena jugularis* zaś w pierwszéj chwili ruch zupełnie ustaje, potém się zjawia i u normalnych zwierząt przedstawia pewne wahania, zależne od oddechania, u zatrutych kurarą po chwilowém zatrzymaniu się pozostaje wciąż jednostajnym, nieco jednak wolniejszym, niż przy pozycyi poziomej; przytém wahania są większe po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą; przy odwrotnéj pozycyi zmniejsza się w tętnicy dogłowowéj i bardzo się wznosi w pierwszéj chwili w *vena jugularis*, w krótkim jednak czasie opada także i w téj ostatniéj, chociaż może się równać prędkości przy pozycyi poziomej, oddechanie u normalnych zwierząt także i w téj pozycyi znacznie zmienia prędkość ruchu krwi w żyłach.

W tętnicy udowéj w ogóle zmiany nie przedstawiają takiéj prawidłowości. Zresztą po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą stale przy pozycyi głową do góry w pierwszéj chwili prędkość się zwiększa, potém jednak szybko się zmniejsza i po kilku sekundach staje się niższą niż w pozycyi poziomej, i odwrotnie przy pozycyi głową w dół z wyjątkiem pierwszéj chwili, stopniowo się podnosi i staje się większą, niż w pozycyi poziomej, zmiany więc są zupełnie przeciwne tym, jakieby być musiały ze względu na fizyczne warunki. Co do żył, to przy pozycyi głową w dół prędkość w pierwszéj chwili szybko się podnosi, potém stopniowo opada i staje się niższą, niż przy pozycyi poziomej, przy pozycyi głową do góry w pierwszéj chwili prędkość opada do 0 i ruch ustaje, potém się stopniowo podnosi, znacznie jednak wolniéj niż w *vena jugularis* i pozostaje często niższą, niż w pozycyi poziomej.

Oto są niektóre z tych doświadczeń:

Pies 1 Stan normalny. prędkość

Tętn. dogłowowa = poziomo = 255—253 mm. w ciągu 1″

Gł. do góry 330—180 „

Gł. w dól 440—240 „

Po przecięciu błędnych nerwów.

Poziomo 240—251 mm.

Gł. w dól w pierwszéj chwili 364—394—301 mm.

Gł. do góry 195—218 mm.

Gł. w dól 514— „

V. jugularis — Ilość sześciennych milim. na 1″

Poziomo 900

Gł. do góry z początku 5150 potém 975

Gł. w dół — 0 — 900

Poziomo — 2200 — 950

Pies 2. Stan normalny, tętnica udowa

Poziomo 312 m. na 1″

Gł. do góry 372—314

Gł. w dół 300—430

Po zatruciu kurarą.

Poziomo 313 112—

Gł. w dół 220 150—87

Gł. do góry 212 113—80

Pies 3. Zatruty kurarą, tętnica udowa

Poziomo 350—244

Gł. do góry 505—293

Gł. w dół 213—210

Po przecięciu błędnych nerwów.

Poziomo 154—157

Gł. do góry 213—190

Gł. w dół 193—**376**

Gł. do góry 522—305

Gł. w dół 255—346

Pies 4. Najwybitniejsze zmiany otrzymane w tém doświadczeniu, zwierzę zmęczone, ponieważ przedtém było dokonane inne doświadczenie. Tętnica udowa.

Poziomo 250—270

Gł. do góry 380—234

Gł. w dół 459

Gł. do góry 570—170

Poziomo 320

Pies 5. Określano różnicę w manometrze.

Stan normalny. Tętnica udowa

Poziomo 5—10 mil. met.

Gł. do góry 10—30

Gł. w dół 10—45—30, 20, 5, 20, 15

Gł. do góry 30—15—25, 30, **60**, 40

Gł. w dół **10**—29—35, **50**, 30

Po zatruciu kurarą.

Poziomo 2—10

Gł. do góry 10—5, 5

Gł. w dół **20—15**

Gł. do góry 10—6, **3**

Gł. w dół **25—20**, 15, 10

Gł. do góry 20—7, 5, 3, 1

Gł. w dół **20**—15, 15

Poziomo 5. 3

Pies 7. Stan normalny. Prędkość w żyle udowéj.

Poziomo 3650—2550 sześć. milim. na 1″

Gł. w dół = pierwsze $^1/_2$ s. = 3450

— 1 s. = 6200

po 10 s. = 1850 do 2050

Gł. do góry = pierwsze $^1/_2$ s. = 1100

— 1″s. = 0

po 10′ = 1500 do 2050

W tych doświadczeniach nad prędkością ruchu krwi, jakkolwiek liczba ich jest nieznaczną, znajdujemy ważną podstawę dla naszych przypuszczeń, opartych na zmianach w parciu ościenném; widzimy w rzeczywistości, że u zwierząt zakuraryzowanych lub po przecięciu nerwów błędnych, a nawet i u normalnych, lecz zmęczonych samém doświadczeniem, pozycyja głową w dół w ogóle przyspiesza obrót krwi, gdyż nietylko w tętnicy dogłowowéj lecz i udowéj prędkość się zwiększa, pozycyja zaś głową do góry w ogóle obniża prędkość. W pozycyi tedy głową do góry pewna ilość krwi pozostaje jakby poza wpływem działalności serca, gdyż ilość krwi przepływającéj przez serce w tym samym czasie znacznie się obniża. Że to obniżenie odbywa się kosztem przepełnienia żył, a mianowicie tylnych kończyn, najdokładniéj widać z przytoczonych doświadczeń nad prędkością, jeżeli zestawimy prędkość w tętnicach i żyłach w każdéj pozycyi: dla przykładu weźmy jednę pozycyję pionową głową do góry. W pierwszéj chwili prędkość w tętnicy udowéj wzrasta, w żyle = 0. Oczywiście więc, że cała ilość krwi

téj, która przepłynęła do odnóg tylnych, pozostaje w nich i może pozostawać przeważnie tylko w żyłach. Chociaż po niejakim czasie obniża się prędkość w tętnicy, a w żyle wzrasta, to jednak nie spostrzega się takiego przyspieszenia w żyłach, któreby wynagrodziło tę chwilę rzeczywistego zastoju. Jakie są przyczyny, że prędkość przy tych warunkach w pozycyi głową w dół podnosi się nawet w tętnicy udowéj, powiedzieć trudno, lecz z wielkiém prawdopodobieństwem można przypuszczać iż na to wpływają dwie okoliczności: po pierwsze ogólne podniesienie się parcia w układzie tętniczym, po wtóre zmniejszenie się oporu w żyłach. Wiadomo, iż ruch płynów w rurach zależy od różnicy parcia w dwóch jakichkolwiek punktach rury, im ta różnica jest większą, têm większą jest prędkość, to też w téj pozycyi mamy jednocześnie podniesienie się parcia w tętnicach (dzięki zwiększeniu się pracy serca) i obniżenie się parcia w żyłach, z których pod wpływem ciążenia krew szybko opada w kierunku serca. Rezultatem tych dwóch warunków jest wzrastanie różnicy między parciem w tętnicach i żyłach, a przez to samo i wzrastanie prędkości[1]).

IV. Oceny i sprawozdania.

F. A. Hoffmann: **Odczyty o terapii ogólnéj ze szczególném uwzględnieniem chorób wewnętrznych.** (*Vorlesungen über allgemeine Therapie mit besonderer Berücksichtigung innerer Krankheiten*). Lipsk 1885. Str. 453.

Pojawienie się nowego dzieła, obejmującego całą terapiję ogólną, żywe musi budzić zajęcie, szczególnie gdy, jak w tym przypadku, wyszło z pod pióra klinicysty, znanego dobrze z prac doświadczalnych. Już naprzód bowiem spodziewać się było można, że autor niewątpliwie starał się oprzeć lecznictwo na szerokiéj podstawie zasad fizyjologicznych. Trudno się wszakże oprzeć ciekawości a nawet pewnéj obawie, ażali podstawa ta jest już niewzruszoną, czy mianowicie terapija posiada już wszelkie znamiona samodzielnéj indukcyjnéj nauki, czy też zawsze jeszcze jest głównie sztuką, jużto polegającą na osobliwszém spożytkowaniu podań empirycznych, jużtéż skuteczność swą zawdzięczająca raczéj przypadkowi, intuicyi, taktowi lub domyślności lekarza, aniżeli świadoméj celów wiedzy.

I przyznać trzeba, że H. z wielką zręcznością i znajomością wyzyskał zdobycze bijologii, oraz starał się oprzeć na nich trwałą i piękną budowę umiejętnego lecznictwa. Czy jednak dziś już posiadamy zupełnie racyjonalną, niezawodną, dedukcyjnie z patologii wysnutą terapiję, jakiéj przed laty 40 wymagał śp. Dietl? Z pewnością nie. Dziś jeszcze terapija nie jest — a może i nigdy nie będzie — nauką ściśle logiczną, opierającą się na dokładném poznaniu wszystkich pośrednich ogniw między przyczyną a skutkiem. Takiéj idealnéj terapii nie hołduje w swém dziele autor, ale terapija jego nie jest także, aby użyć słów tegoż Dietla, zebraniem podań i tradycyj dawnych czasów, bez jakiegokolwiek związku z zasadami nauki ścisłéj. Mówimy to, aby scharakteryzować stanowisko naukowe dzieła, oraz uwydatnić czego się po niém spodziewać i czego odeń wymagać mamy. Według autora terapija jest, a przynajmniéj może i musi być, nauką, metoda zaś jéj polega na têm, że z wielkiéj ilości poszczególnych faktów empirycznych wysnuwamy na zasadzie zdobyczy bijologicznych ogólne podstawowe poglądy, słuszność poglądów tych w praktyce wypróbowujemy i stwierdzamy, aby na nich jako hypotezach czy też niezachwianych prawidłach oprzeć postępowanie lecznicze; doświadczenie osobiste i zmysł praktyczny są bez wątpienia nader ważne, ale jako pojęcia zbyt chwiejne i niepochwytne nie mogą być przedmiotem nauki. Jak widzimy, autor nie gardzi empiryją, ale wymaga wielkiéj ilości faktów i wtenczas dopiero trwałą przyznaje im wartość, gdy dadzą się zrozumieć i pogodzić bądź z teoryjami bądź z faktami fizyjologicznemi. Stanowisko jego jest stanowiskiem racyjonalnego empiryka: z faktów wysnuwa wnioski prawdopodobieństwa a za probierz służy mu fizyjologija. Ta ostatnia niewątpliwie daleko więcéj niż anatomija patologiczna dostarcza korzyści terapeutycznych, bo pierwsza obejmuje wszystkie sprawy żywego ustroju, gdy druga pewną tylko jego część roztrząsa i rozjaśnia. Rozpoznanie anatomiczne jest wprawdzie niezbędną i nieodzowną podstawą racyjonalnéj terapii, ale samo całéj téj podstawy stanowić nie może, bo zadaniem terapii winno być leczenie nie chorób lecz chorych.

Wszystkie sposoby leczenia dzieli autor na bezpośrednie (zapobieganie, leczenie zranień, usuwanie istot szkodliwych, które od zewnątrz do ustroju się dostały, wydalanie wytworów nieprawidłowéj czynności narządów, miejscowe leczenie dostępnych części ciała) i pośrednie, za pomocą których wywieramy wpływ na czynności i odżywienie narządów lub całego ustroju. Rozbiór i ocena tych ostatnich stanowią główną treść dzieła. Co możemy osiągnąć za pomocą wpływów pośrednich? Możemy jedynie wzmagać lub obniżać jego sprawy odżywcze, tj. zdołamy tylko ilościowo zmieniać sprawy życia, nigdy zaś jakościowo. Wszystko co potęguje czynności te lub odżywienie narządu jest czynnikiem ćwiczącym co zaś czynności te obniża i poskramia, stanowi wpływ ochraniający i oszczędzający. To też oszczędzanie i ćwiczenie snują się jak nić przez całe niemal dzieło, uwzględniając serce, płuca, nerki, żołądek, wątrobę i kiszki, mięśnie i skórę, układ nerwowy, przemianę materyi; wszędzie autor zastanawia się tu, czy i o ile wpływając na krążenie i stosunki odżywcze możemy potęgować lub poskramiać czynności narządów, ćwiczyć je lub ochraniać.

Ćwiczenie jest przeważnie pojęciem fizyczno-mechaniczném, nic więc dziwnego, że autor nader obficie uwzględnia fizyczne sposoby leczenia, które pojęciu temu najlepiéj odpowiadają. „Nie szukajmy specyjalnych leków, lecz szukajmy ogólnych warunków, które ćwiczą lub chronią czynności ustroju!“ Dla tego też autor wielki kładzie nacisk na miesienie, hydroterapiję, klimatoterapiję, pneumatoterapiję, elektryczność.—Co należy rozumieć przez ćwiczenie? Jestto zastosowanie wszystkich środków i wpływów, za pomocą których zdołamy potęgować i wzmagać trwale sprawność narządów, w przeciwstawieniu do podniecania czyli drażnienia, które tylko przemijające wysilenie czynności tychże narządów sprawić mogą.

Trudniéj określić znaczenie oszczędzania i ochrony. Nie mogą one być równoznacznemi ze spoczynkiem, bo najprzód wiadomo, że liczne narządy bez istotnéj szkody dla ustroju nigdy całkiem spoczywać nie mogą (serce, płuca itd.), że dla innych narządów ciągła i nieprzerwana praca, nawet śród zupełnego pozornie spoczynku, jest nieodzownym objawem i warunkiem życia (układ mięśniowy), że dla jeszcze innych narządów (układ nerwowy) brak odpowiednich podniet i pracy jest wręcz zabójczym. Przez ochronę czyli oszczędzanie należy zatém rozumieć stawianie ustroju w tak korzystnych warunkach, w których ten lub ów narząd

[1]) Tablicę załączymy późniéj, gdy mniejszy nawał materyjału na to pozwoli.

moglibyśmy uwolnić od nadmiernéj i zbytniéj pracy a ułatwić mu wykonywanie pracy koniecznéj.

W zasadzie możemy się zgodzić na tego rodzaju określenie wszelkich naszych zadań i zabiegów leczniczych, bo upraszcza ono w wysokim stopniu, w każdym niemal przypadku, postępowanie nasze. Ale trudno zataić trudności nieraz niezwalczonych, jakie praktyczne zastósowanie zasady téj nasuwać musi. Kiedy ćwiczyć i podniecać a kiedy oszczędzać i ochraniać? Oto pytanie, dla rozwiązania którego zbyt często niestety posiłkować się musimy analogiją, przekazaną tradycyją, zmysłem praktycznym lub intuicyją. Jestto niewątpliwie słaba, bo nienaukowa strona terapii. Odczuwa to sam autor dobrze, skoro na końcu dzieła (str. 432) ubolewa nad tém, że w wielu przypadkach cechujących się np. nadmiernem podnieceniem albo też porażeniem i osłabieniem pewnych czynności, nie zawsze w pierwszym razie oszczędzanie, w drugim ćwiczenie, jakby się na pierwszy rzut oka zdawać mogło, do celu prowadzą. Wielekroć skrzętne dochodzenie, czy tego rodzaju objawy i przypady rozwinęły się na tle nadmiernych podniet czy porażeń, może nas naprowadzić na dobrą drogę, ale gdzie i to zawodzi, tam „często poznanie warunków życia, znajomosć ludzi i bystrość więcéj znaczą niż największa uczoność.“ Widzimy, że umiejętna terapija kapituluje tu na korzyść (wyrażonego innemi słowy) zmysłu praktycznego, taktu itp. — A i to niezbyt się zgadza z duchem naukowéj terapii, jeżeli autor (str. 436) radzi w wątpliwych takich przypadkach próbować, tj. najpierw oszczędzać, a gdy to nie pomoże ćwiczyć. Trudno się bowiem zgodzić ze zdaniem, że i próbowanie jest postępowaniem racyjonalném; jest ono owszem szczerym empiryzmem, tylko że według autora ma się odbywać podług pewnego z góry powziętego planu lub systemu.

Uwag tych nie czynimy bynajmniéj celem obniżenia wartości dzieła, lecz aby uwydatnić, że do dziśdnia terapija w wielu rzeczach znacznie wyprzedziła patologiję, że i dziś jeszcze, choć nie po ciemku i omacku jak dawniéj, nieraz chodzić musi udeptanemi empiryi ścieżkami.

Nie mniéj trudno pociągnąć w każdym przypadku ścisłą granicę między tém, co ćwiczy a tém, co tylko podnieca i drażni; co dla jednego bowiem jest podnietą ćwiczącą a więc korzystną, to dla innego może być niekiedy bodżcem nadto drażniącym, a więc szkodliwym. Tu znów wchodzimy w sferę indywidualizowania, terapiję oddajemy na łaskę sztuki, zdolności osobistéj, bystrości umysłu, i chcąc podołać zadaniu lekarza, nie możemy się obyć bez „szczęścia.“ Indywidualność bowiem jest dziś jako dawniéj dla nauki zazwyczaj rzeczą niepochwytną, ocenę któréj pozostawić musimy zwykle zmysłowi praktycznemu lekarza. Co więcéj, w niektórych stanach chorobowych trudno w ogóle mówić o ćwiczeniu lub oszczędzaniu czegoś, dopóki patogenezy stanów tych nie rozumiemy, oraz dopóki nie poznamy doszczętnie fizyjologicznego zadania wszystkich narządów oraz wzajemnego ich między sobą stosunku czynnościowego. Ztąd też poszło np., że śledziona żadnego prawie w systemie autora nie znalazła miejsca, ztąd w rozdziałach o przemianie materyi musiał odstąpić od zasady ćwiczenia i ochrony a trzymać się jedynie objawów symptomatycznych i na nich opierać wskazania. (Dok. n.)

Klemperer: Związek zachodzący między ropieniem a pasorzytami drobnowidowemi.

W obec pojawiających się w ostatnich czasach zdań, opartych na dowodach doświadczalnych (Uskoff: *Virchows Archiv.* t. 86, s. 150. Orthmann: *Virchows Arch.* t. 90, s. 549. Councilmann: *Virchows Archiv* t. 92, s. 207. Rosenbach: *Uiber die Wundinfectionskrankheiten des Menschen.* Wiesbaden 1885, s. 6, 32), iż pewne środki chemiczne drażniące są w stanie wywołać ropienie bez pośrednictwa istot drobnowidowych, rozpisał Wydział lekarski Uniwersytetu w Berlinie nagrodę za pracę, któraby na drodze ścisłego doświadczenia roztrząsnęła przedewszystkiém działanie olejku krotniowego i terpentynowego na tkanki zwierzęce, uwzględniając zarazem wpływ innych składników z grupy środków drażniących. Prawie równocześnie z ogłoszeniem powyższego konkursu publikował J. Straus (*Comptes rendus hebdom. des séances de la société de biologie.* (Pos. z 15 grudnia 1883, s. 651) rezultat swoich doświadczeń, z których wynika, iż olejek terpentynowy, krotniowy i inne środki drażniące wywołują wprawdzie zapalenie, wśród którego jednak nie przychodzi do ropienia, a jeśli ono występuje, to jest zawsze wywołaném wtargnięciem ustrojów drobnowidowych.

Autorowi przypadło więc w udziale stwierdzenie jedynie wyniku osiągniętego przez Strausa, który poparty szeregiem dalszych doświadczeń tém więcéj zyskuje na sile prawdy, jakoteż wyśledzenie błędnych dróg i sposobów, które innym autorom były wskazówką do wręcz odmiennych zapatrywań. Używa jużto strzykawki według pomysłu Kocha urządzonéj, już też zwyczajnéj rurki szklanéj, o dolnym końcu wyciągniętym i zatopionym, górnym zaś szczelnie watą zamkniętym, które po wypełnieniu odpowiednim środkiem i należytém wyplenieniu opróżniał pod skórą zwierzęcia, lub też naśladując sposób Councilmana, polegający na wprowadzeniu pod skórę szklanych baniek wypełnionych olejkiem krotniowym lub terpentynowym, które dopiero następczo po zagojeniu się rany zadanéj w jakiś czas rozgniatał, przeprowadził Klemperer znaczną liczbę doświadczeń, których wynik okazał się zgodnym z rezultatem prób przedsięwziętych przez Strausa. Obok najściślejszéj dezinfekcyi rąk i wszystkich narzędzi użytych do zabiegów próbnych, mimo troskliwego oczyszczania pola operacyjnego nie podobna było zrazu ustrzedz się weiśnięcia mikroorganizmów, które wzdłuż kanału wkłucia wędrując, mąciły wpływ działania środków drażniących [1]). Przypalenie skóry przyrządem Paquelina w miejscu wkłucia i utworzenie przez przecięcie tkanek rozżarzonym nożem kanału, do którego wprowadzano dopiero cewkę strzykawki lub rurki szklanéj, wsuwając je po za obręb zmian dokonanych wysokim stopniem ciepła, jakoteż następowe zamknięcie kanału strupem przy pomocy termokauteru zdołały usunąć wadliwość z współdziałania mikroorganizmów wynikłą.—Ogółem wykonał Klemperer 47 doświadczeń i to z kwasami i alkalijami o różném zgęszczeniu, z kantarydynem, olejkiem gorczycznym, naftą, olejkiem terpentynowym, krotniowym i rtęcią metaliczną, a na podstawie tychże przychodzi do przeświadczenia, że bodźce chemiczne, nawet najwięcéj drażniące, nie są w stanie wzbudzić ropienia, które wyłącznie ustrojom drobnowidowym zawdzięcza swoje po-

[1]) Już Koch w pierwszym tomie sprawozdań z cesarskiego urzędu zdrowia wspomina, że na przekrojach skóry i głębszych tkanek udało mu się wyśledzić pod mikroskopem ustroje drobnowidowe, które wzdłuż kanału wkłucia strzykawki dobrze sterylizowanéj od zewnątrz w głąb się szerzyły, a które następowo dopiero w kanał powyższy się dostały. (*Przyp. Sprawozd.*).

wstawanie. Natomiast wywołują środki chemiczne zapalenie nieropne, którego stopień i natężenie zawisły od wprowadzonego podskórnie środka i od ilości tegoż.

Kwasy, jakoto kwas siarkowy (10% i 50%), kwas octowy (10%—25%), olejek gorczyczny (2·0:10·0 *Ol. Olivar.*), kantarydyn (*Tinct. canthar.* 5·0 *Aq. destill.* 20·0) i nafta wzniecają zapalenie surowicze mniéj lub więcéj silne. Wstrzykiwania olejku terpentynowego wywołały bądźto zapalenie surowicze już téż po większych ilościach olejku terpentynowego sprowadzały t. z. nekrozę koagulacyjną, która wspólnie z zapaleniem włóknikowém dawała charakterystyczny obraz makroskopowy i drobnowidowy. W tych razach, gdzie wystąpiło ropienie, a które już klinicznie różniły się od poprzednich (wyższą ciepłotą zwierzęcia do 41·2 dochodzącą, pojawieniem się w miejscu obrzęku zapalnego wyraźnego chełbotania), wykazać można było w wypuszczonéj ropie mikroorganizmy, których przeszczepianie na agar w kilku przypadkach uwieńczone skutkiem, w innych zawiodło, prawdopodobnie, jak przypuszcza autor, skutkiem rychłego obumarcia ustrojów w ropie. Wyhodowany w ten sposób mikroorganizm przedstawił się jako *coccus* różny przecież od ropnych koków Rosenbacha, pod względem zachowania się w hodowlach i niewywołujący bezpośrednio ropienia po przeszczepieniu go do ustroju zwierzęcego.

Olejek krotniowy zachowuje się pod względem działania na tkaniny w sposób podobny. I tu również występuje zapalenie surowicze lub włóknikowe w obec nekrozy koagulacyjnéj, sprowadzonéj obumarciem tkanki w miejscu bezpośredniego zadziałania silnego środka drażniącego. Wprowadzona podskórnie rtęć wznieca zapalenie włóknikowe z wytworzeniem śród tkanek charakterystycznych błon, zasianych licznemi połyskującemi kulkami rtęci. Tam, gdzie przyszło do ropienia, wykazać można było w ropie ustroje drobnowidowe, a hodowle wydały opisany wyżéj mikroorganizm.

Śród antyseptycznych ostrożności powtórzone doświadczenia Councilmana z wprowadzeniem pod skórę baniek szklanych napełnionych olejkiem krotniowym stwierdziły działanie w inny sposób zastosowanego olejku krotniowego. Po zgnieceniu wgojonych należycie baniek rozwinęło się zapalenie włóknikowe z nekrozą koagulacyjną, a powstałe jednorazowo ropienie dotyczyło przypadku, gdzie wgojona bańka nie uległa zmiażdżeniu, gdzie przeto nie można położyć ropienia na karb uwięzionego olejku, ale odnieść należy do obficie napotkanych w ropie mikroorganizmów, które w czas jakiś dopiero po zagojeniu się rany zewnętrznéj rozwinęły swoje działanie ropno-twórcze.

Stwierdziwszy tedy na podstawie własnych i poprzednio już przeprowadzonych doświadczeń mikroorganizmowy początek dla sprawy ropienia autor zastanawia się w końcu swéj pracy, czy odrębne cechy tego rodzaju zapalenia dają się wytłumaczyć właściwością przyznanego mu momentu etyjologicznego. Znaczniejsze wynaczynienie ciałek białych podczas ropienia szerzenie się sprawy zapalnéj i zajęcie częstokroć całego ustroju, kładzie autor na karb cech żywotnych istót drobnowidowych, które wydzielając pewien nieznany bliżéj jad, wzniecający zapalenie, szerzą się wzdłuż naczyń i przenoszą go w dalekie często okolice. Rożnicę jakościową sprawy ropienia, tj. niekrzepnienie wypociny mimo znacznéj ilości ciałek białych w niéj zawartych i odpowiedniego osocza, odnosi do braku istoty włóknikotwórczéj, przypuszczając, że składnik ten białkowaty pierwotnie w przesączonéj cieczy zawarty przeobrażony został działaniem koków w pepton. Przypuszczenie zaś swe opiera na zdolności koków do zamieniania białka w pepton, jak to wykazał Rosenbach (l. c.) jakoteż na zawartości większéj ilości peptonu w ropie według poszukiwań Hofmeistra (*Zeitschrift f. physiol. Chemie* Bd. 4. S. 268). (*Zeitschrift f. klinische Mediz.* X. *Band. Erstes u. Zweit. Heft*). *Dr. Bossowski.*

Mac Cormac: **Wydobycie odłamka kleszczy do zębów z prawego głównego oskrzela.**

Choréj 24-letniéj wyrwał przed 7 tygodniami dentysta w narkozie chloroformowéj kilka zębów wypróchniałych i kilka korzonków. Podczas rwania górnego prawego 2go dwuguzikowego zęba odłamał się wewnętrzny ząb kleszczy do tego użytych. Chora poczyniła kilka głębokich wdechów, poczém odszczep kleszczy wtargnął przez szparę głosową do tchawicy. Wnet wystąpił silny kaszel, sinica, duszność i ból ściśle odnoszony do miejsca położonego 1 cal na prawo od przyczepienia żebra prawego trzeciego i czwartego do mostka. Ułożenie choréj z głową ku dołowi zwieszoną i podanie środków wymiotnych nie poprawiły stanu choréj. W ostatnich dniach utrzymywał się jeszcze silny bardzo kaszel, a wystąpiły krwawe plwociny, silne bóle i wyraźne uczucie ciała obcego w miejscu bolesném. Szczególnie ten ostatni objaw przemawiał za tém, iż odszczep kleszczy wklinował się w ścianę prawego oskrzela. Uśpiono tedy chorą i wykonano tracheotomiję, a otwarto tchawicę na długość $1\frac{1}{2}$ cala. Wnet po otwarciu tchawicy chora poczęła silnie kaszlać, ciało obce pozostało mimo to w swojém miejscu. Autor wszedł kleszczami polipowemi przez ranę tracheotomijną do tchawicy a nie znalazłszy tu żadnego ciała wszedł następnie do lewego oskrzela głównego, lecz i tu ciała obcego nie napotkał. Dopiero przy obmacywaniu tém samém narzędziem oskrzela prawego doznawał zrazu niewyraźnego uczucia dotykania ciała obcego, pewności nabrał dopiero badając zgłębnikiem guzikowym. Oznaczył wtedy dokładnie położenie ciała obcego: znajdowało się ono $1\frac{1}{2}$ cala poniżéj rozgałęzienia tchawicy, 4 cale poniżéj rany tracheotomijnéj. Po wielu nieudanych próbach dokonanych rozmaitemi narzędziami celem wydobycia tego ciała, po również bezskutecznėm ułożeniu choréj z głową zwieszoną ku dołowi, udało się wreszcie autorowi wydobyć je cienkiemi kleszczami polipowemi. Wydobyty odprysk miał brzegi ostre, tnące, był cal długi, ważył 63 gramów, a tkwił tak, iż koniec jego ostry zwrócony był ku górze. Krwawienie było przy tém bardzo nieznaczne; zaszyto ranę tracheotomijną w całości; wygojenie nastąpiło zupełne. (*Lancet*, 1886, I, 1 p. Jan). *Dr. Gross.*

* Otrzymaliśmy uwagi następujące:

Opisując swój przypadek uwięźniętéj przepukliny utrzymuje Dr. Grünhaut, że udało się odprowadzić ją przez wywołanie parcia ujemnego wśród brzucha (Przegl. Lek. Nr. 24 rb.). Otóż tak ze stanowiska teoryi jakoteż i doświadczenia twierdzenie to okazuje się mylném. Przedewszystkiém bowiem należy pamiętać, że ściana brzuszna nie jest jednolitą, lecz z tkanin różnéj zbitości i naprężenia złożoną; a mianowicie tworzy ją skóra luźna tkanką łączną przyczepiona, oraz powięzie i mięśnie;—jeżeli więc stawia się suchą bańkę, to w próżnię jéj w pierwszym rzędzie, jako najpodatniejszy, wpadnie odciągnięty fałd skóry z tłuszczem i częścią tkanki podskórnéj, a reszta ściany mniéj podatna pozostaje niezmienioną, o czém każdy z łatwością przekonać się może. Przypuśćmy jednak na chwilę, że cała przednia ściana jest w istocie jednolitą, elastyczną, to jasną jest rzeczą, że bańka na części jéj postawiona wypełniłaby się

tą ostatnią kosztem pojemności brzucha, bo reszta ściany naprężyłaby się znowu bardziéj, przez co stosunkowo parcie śródbrzuszne pozostanie jednakiém albo nawet wzmódzby się musiało.

Dla wywołania obniżenia parcia wśród jakiejkolwiek jamy siłą działającą na powierzchnię potrzeba następujących warunków: albo cała powłoka otaczająca musi być całkiem niepodatną i mieć w sobie otwór, przez który możnaby działać na treść jamy, albo część ściany otaczającéj musi być do pewnego stopnia mało podatną dla przeciwstawienia oporu ciśnieniu powietrza zewnętrznego, druga zaś część musi być jednolitą, podatną, elastyczną. Czy ściany jamy brzusznéj dopełniają tych warunków w całości? Pierwszy warunek nie ma miejsca i nie jest też potrzebny. Co do drugiego to w istocie tylna ściana jest zbudowana odpowiednio, przednia zaś i boczna tylko w części, a to z powodu zbytniéj ruchomości podatnéj skóry, i gdyby koniecznie, choć w przybliżeniu, wypadło tu sprawić obniżenie ciśnienia śródbrzusznego, trzebaby działanie olbrzymiéj bańki rozciągnąć na całą przednią ścianę z oparciem o stalsze punkty na klatce piersiowéj, lędźwiach i miednicy.

Że zapatrywanie moje jest słusznem, dowodzi jeszcze doświadczenie, które w tych dniach wykonałem. W pokoju przytwierdziłem do ściany nieruchomo manometer rtęciowy, który połączyłem z wężem kauczukowym, ten zaś z rurą jelitową. Na stole przystawionym ułożyłem poziomo dziewczynę 21-letnią ze ścianą brzuszną elastyczną, mało podatną (niestety na razie nie miałem stósowniejszego osobnika dla doświadczenia); do poprzednio należycie wypróżnionéj i przepłukanéj odbytnicy wprowadziłem rurę z manometrem w związku będącą, podczas czego rtęć w obu ramionach była w równym poziomie. Następnie kazałem dziewczynie zająć położenie kolanowo-łokciowe, a potém kolanowo-pachowe nie wyjmując rury z odbytnicy, i w chwili, gdy wykonywając ruchy do celu zmierzające znalazła się w położeniu pionowém, manometr wykazywał zwiększone parcie śródbrzuszne (w ramieniu wolném rtęć się podniosła o 10 mm. opadając w ramieniu z rurą złączonéem); dopiero w miarę pochylenia się dziewczyny dla zajęcia wskazanego położenia, manometr zaznaczył najwyraźniéj parcie ujemne (8 mm.), u osoby ze ścianą wiotką (a z takich właśnie najwięcéj rekrutują się przepukliny) ciśnienie ujemne z pewnością byłoby daleko znaczniejszém. Potém ułożyłem ją poziomo z podniesioną miednicą i nogami zgiętemi, jak się zwykle czyni przy użyciu enemy olbrzymiéj, i ze zdziwieniem odczytałem na manometrze zwiększone parcie śródbrzuszne (4 mm.).

Nareszcie w położeniu poziomém wznak postawiłem na brzuchu suchą bańkę ssącą $1\frac{1}{2}$-litrową, i rtęć manometru pozostała nieruchomo w zupełnéj równowadze. W obec tego trudno się zgodzić na twierdzenie szanownego kolegi.

W przypadku przezeń opisanym nastręcza się natomiast przypuszczenie wielokrotném doświadczeniem poparte: że strach przed mającą nastąpić operacyją, przed czémś nieznaném a wydającém się pacyjentowi groźném, podziałał na zwolnienie tkanin i chory zwykłym sobie manewrem (a posiadają oni osobliwą w tém biegłość) przepuklinę wsunął, w czém jednostajne napięcie skóry około obrzmienia przez bańkę sprawione w pewnéj mierze było mu pomocą.

Dr. Orłowski

Prymaryjusz szpit. powsz. w Przemyślu.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 19 lutego 1886 r.

Obecni koll. Kaczorowski, Świderski, Zielewicz, Jarnatowski, Grodzki i Wicherkiewicz.

Przewodniczy kol. Kaczorowski.

Kol. Kaczorowski wygłosił obszerny a wyczerpująco opracowany referat „o środkach przeczyszczających jelita“, dodając na zakończenie zarys doświadczeń swoich nad znakomitą własnością wypróżniającą żwiru. (Odczyt umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi nad przedmiotem zabiera głos: kol. Wicherkiewicz, który podnosi skuteczność cukru mlekowego, który brany po łyżce stołowéj w mleku albo w wodzie letniéj na czczo, sprowadza lekkie wypróżnienia i w krótkim zazwyczaj czasie w ogóle je reguluje; głównie środek ten okazuje się skutecznym u mężczyzn. — Kol. Zielewicz sądzi, że żwir działać może skutecznie tam mianowicie, gdzie z obawy o wywołanie ruchów robaczkowych, chcąc uniknąć podrażnienia otrzewny, zwykle wstrzymujemy się od podawania środków przeczyszczających. — Kol. Kaczorowski mniema atoli, że i w tych razach, jak w ogóle żadnych środków przeczyszczających, nie podawałby także i żwiru, który mechanicznie drażniąc wywołuje ruchy robaczkowe — Kol. Jarnatowski zapytuje, w jakiej postaci i pod jaką nazwą prelegent podaje środek swój. Mniema bowiem, iż ochrzczenie tegoż byłoby koniecznem, celem usunięcia w praktyce prywatnéj wstrętu do środka tak pospolitego. — Kol. Kaczorowski odpowiada na to, że nie robi żadnéj tajemnicy przy zastosowaniu żwiru i przekonał się, że chorzy doznawszy błogiego skutku, wkrótce oswajają się ze środkiem tym i jego nazwą. — Kol Świderski protestuje przeciwko nazywaniu chleba śrótowego chlebem Grahama, gdyż na własności tegoż chleba zwrócił pierwszy uwagę Marcinkowski, jego więc nazwą chleb ten oznaczać wypada.

Następnie przedstawił Wicherkiewicz 46-letniego chorego, u którego znajduje się na prawém oku znaczna wada wrodzona w formie szpary tęczówkowéj, naczyniówkowéj i ciała rzęskowego. Bliższy opis tego przypadku wyjdzie niebawem drukiem.

W końcu przyjęto jako kandydatów na członków Tow. Przyj. Nauk pp. Dra Putyatyckiego z Leszna, Dra Górnego z Murowanéj Gośliny i Dra Skóraczewskiego z Miłosławia. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

IV.

Obszerne przestrzenie noszące dziś nazwę Persyi są zamieszkałe przez ludność, która tak swém pierwotném pochodzeniem jak i językiem, swém wyznaniem, temperamentem i zwyczajami uwydatnia bardzo ciekawą różnicę w każdym ze swych etnograficznych odłamków. W rozwoju swego historycznego bytu przy dawnym azyjatyckim popędzie rozszerzania swych posiadłości podbojami słabszych czy też ustępujących już z dziejowéj widowni plemion, potęga perska zaznaczyła swe granice znacznie daléj aniżeli to ma miejsce dzisiaj. Rzucając sąsiednie szczepy pod stopy swych bohaterskich zwycięzców, rujnowała ich ustrój, niszczyła rodowość, przebrażała w głuchy step kwitnące niegdyś prowincyje, aż wreszcie, skończywszy niejako kres swéj wiekowéj działalności, zamknęła się w daleko szczuplejszych granicach. I dzisiaj jak każdy naród, co dzięki nieubłaganemu fatalizmowi historycznych zdarzeń, wyczerpawszy swe siły pierwéj czy późniéj staje się pastwą potężniejszych sąsiadów, tak też i perska ludność ulega i miesza się ze szczepami napływowych plemion, nadciągających tu gromadami, aby

powolném lecz wytrwałém wpajaniem się w miejscowy ustrój skorzystać z rozstroju sił życiowych i co rychléj znieść to wszystko, co pozostało jeszcze z dawnych tradycyjnych typów.

Dla przekonania się zaś, jak jest rozmaitą ludność składająca poddanych „Szahyn-Szacha“ (króla-królów), jak różne przedstawia cechy w swym temperamencie, skłonnościach i zwyczajach, tych głównych odcieni miejscowego bytu, mogących interesować lekarza-turystę, dość jest przypatrzyć się tym masom ludności przebiegającym bazary Teheranu, owego grodu platanów, topoli i wierzb, jednoczącego w sobie wszystko, co zdumiewa i odstręcza zarazem. Oto służę czytelnikowi do tak zwanego Seb-i-Majdan, placu poprzedzającego tutejsze bazary, gdzie właśnie prócz magazynów europejczyków awanturników, przedających oczywiście bardzo drogo rozmaitą broń, łokciowe malowidła, mozaiki, puszki amerykańskich konserw, drobiazgi germańskiego przemysłu wyłącznie przygotowane dla Wschodu, spotkamy jeszcze przedmiot będący treścią tego rozdziału, mianowicie typy ludów przybyłych tu z najrozmaitszych okolic kraju. Pierwszy zaś obrazek, jaki najprzód zwróci na się naszą uwagę, sąto długie szeregi karawan złożone z wielbłądów i mułów, bez przerwy i w rozmaitych kierunkach przeciągające przez plac. Towarzyszący im przewodnicy, ludzie wyniszczeni trudami, okryci perkalową szatą w biodrach ujętą rzemiennym pasem, z głową okrytą cylindryczną wojłokową kapą, sąto mieszkańcy Buchary, przywożący wyroby jedwabne, nasienie jedwabników lub motki surowych jego pasm i owinięte w wojłok zwłoki swych zmarłych. Daléj przesuwają się Tatarzy, strojni w barwne i kosmate papaki, oddający się wyłącznie prawie przewozowi towarów wielbłądami i przyciągający tu z Kurdystanu, przywożąc piękne dywany, nieraz tańsze od naszych najprzedniejszych papierowych obić. Obok Arabi z pogranicza Iraku, chrześcijanie i muzułmanie okryci szarym z wielbłądziéj sierści płaszczem, z głową owiniętą w modrą lub czerwoną Kiefie, z lancą trzcinową w ręku lub tylko z wiśniowym podróżnym koszturem, wyróżniający się od innych swém weselszém usposobieniem, gadatliwością i zahartowaniem niemającém granic. Pośród tych grup przesuwa się zręczny jeździec, w którym po turbanie srebrną frendzlą spadającym na ramiona, małym łukowatym nosie, po czarnym stroju i smutnym lecz dumnym wyrazie twarzy, ze strzelbą o dawnéj skałce, z krzywą szablą, z tarczą nabijaną srebrnemi guziczkami i z dziwacznéj formy sztyletem, rozpoznamy Awgana, ufnego w swą niepodległość, to téż tylko ze wstrętem spoglądającego na wszystko, co go otacza. Obok obywatel z Meru, ze spojrzeniem dzikiém i zdradliwém, przechadza się z mieszkańcem Heratu, okrytym w płaszcz z różnokolorowych tkanin, dziwacznie wyglądający przy żółtéj znowu jedwabnéj szacie Gebrów. Spotkamy daléj poważnym krokiem postępującego Turka z okolic Tabryzu lub Hamadanu; gorala z Katabagu, mieszkańca Gialanu w czerkieskim stroju, rozmaitych Khanów po ubiorze i otoczeniu zapewniających o swéj feodalnéj potędze; typy koczujących Ilyatów, Baktyari, pogardzanych przez prawowiernych Susmantów; bogatych Kurdów w pełnych fantazyi karmazynowych lub białych płaszczach z arsenałem broni i zarozumiałością w butną odwagę, nienawistnych dla innych, choćby pokrewnych sobie plemion, unikających otarcia się nawet o takiego mieszkańca Lurystanu, wyróżniającego się znowu od innych swą długą brodą, modrym płóciennym strojem i tradycyjną niechlujnością. Pośród tych rozmaitych typów, przycupnięty przy drzwiach domów lub przy progu większych magazynów, występuje jeszcze typ tutejszego Ormianina, pod szatą pokory ukrywającego wielki zasób chytréj przebiegłości, obcemu rekomendującego się jako Issawi (chrześcijanin), stale rywalizujący o pierwszeństwo z Semitą, tutaj nadzwyczaj czynnym, usłużnym i gotowym wszystko nabyć, wszystko sprzedać, byleby tylko z korzyścią. W pewnéj oddali od podanych typów, uderzy nas strój czerwony i oryginalne okrycie głowy, składające się z okrągłéj wojłokowéj czapeczki, opatrzonéj w grelotki, wstążki i pióra pawie. Sąto tak zwani Shaters czyli laufrzy królewscy, czekający na ukazanie się dworskiéj karety, aby ją poprzedzić waryjackim biegiem i krzykiem. Wreszcie mieszkańcy z Ardebilu posiadający odwagę Kurda i chytrość Tatara, w najrozmaitszych strojach, stosownie do osobistéj fantazyi każdego, stanowią przyboczną straż Szacha, do któréj należą i najrozmaitsze jeszcze inne typy: pułkowników europejskich, książąt turkomańskich, potomków proroka zaznaczonych noszeniem modrego turbana i całéj gromady starszych i młodszych kuzynów po kądzieli, owych rozmaitego stopnia i dostojeństwa Szach-Zade, stanowiących oddzielną kastę i rzecz szczególna, dających największy kontyngens chorych i niedołęgów. W tym prawdziwym kalejdoskopie stolicy perskiéj nie brakuje i kobiet. Jedne z nich przechadzają się pieszo, oczywiście zawsze mając pewien interes do załatwienia. Inne damy dystyngowane używają białych mułów lub osiołków, które dosiadają z całą męską swobodą i odbywają dalsze spacery, starając się nie okazać najmniejszego znużenia, bo raz zdradzone, na długo byłyby pozbawione przyjemności przejażdżki konno.

Z całego szeregu powyższych typów ludowych interesującemi dla nas pozostają jedynie dwa odszczepy, aryjski i turański, dzisiejsi mieszkańcy północnéj i południowéj Persyi. Na północy téż mieszkańcy są pochodzenia turkomańskiego (Turkis). Na południu przeciwnie dominuje dawny typ aryjski (Farsis). Turkomani w Persyi zachowali dotąd charakter narodowy. Bardziéj odważni i szczersi od południowców charakteryzują się jednak słabszym rozwojem władz umysłowych. Cechą ich temperamentu są popędy gwałtowne lecz trwałe, łatwość decyzyi, dumna zarozumiałość i upór. Pod względem szczegółów etnograficznych mają oni powłoki skórne ciemne, nieco żółtawe, włosy czarne, gęste i twarde, oczy duże, wyraźnie ciemne lub czarne, mięśnie wybornie rozwinięte, formy ostre, układ kostny silny; główne narządy energicznie spełniające swe czynności, wątroba rozwinięta, trawienie łatwe i niezrażające się rodzajem bardzo pospolitych zwykle pokarmów. Do téj kategoryi należą mieszkańcy całego Azerbejdzanu, Kurdzi właściwi i plemiona im pokrewne rozsiadłe w Lurystanie, a także ludność okolic Hamadanu i Sułtanobadu.

Mieszkańcy południa nie przechowali typu dawnych Farysi. Podboje arabskie i mongolskie wprowadziły do ich rasy krew semicką i turańską i tento wpływ pozostaje bardzo widocznym w charakterze i temperamentach mieszkańców tych okolic. To téż sąto zwykle indywidua o ustroju wątłym, suchym, z mięśniami źle rozwiniętemi, wyrazem twarzy chudym, bladym, wyjątkowo tylko wyrazistym, z czołem wysokiém, ruchami szybkiemi i gwałtownemi, skłonnością odczucia silnych wrażeń i ze zmianami, raz cechującemi niezwykłą energiję, to znowu wysoki stopień obojętności i wstrętu do bardziéj nużących zajęć. U nich siła i działalność narządu płciowego jest rozwiniętą do wysokiego stopnia. Dojrzewanie, potęga uczuć i inteligencyja rozwijają się bardzo wcześnie, będąc niejako przyczyną niepozostawiające

czasu na wyrobienie potrzebnego zasobu sił, aby się módz oprzeć działaniu wpływów tak fizyjologicznych jak i patologicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Kilka uwag nad wynagrodzeniem lekarzy sądowych w Austryi i w innych państwach.

Gutta cavat lapidem . . . .

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

W obec postanowień taryfy z r. 1855, upokarzających dotkliwie godność stanu lekarskiego, zwłaszcza w szczegółach dotąd omówionych, nie brakło ze strony rzeczoznawców sądowo-lekarskich porywów oburzenia i wysiłków, aby w drodze prawnych zażaleń wnoszonych do ministerstwa sprawiedliwości, a nawet do najwyższego trybunału, upomnieć się o krzywdy systematycznie wyrządzane, lecz zażalenia te niestety zazwyczaj tylko wręcz przeciwny odnosiły skutek, zamiast bowiem polepszać byt lekarzy sądowych, coraz to bardziéj go pogarszały, ministerstwo bowiem, krocząc coraz to daléj na raz obranéj drodze przesadnych oszczędności, wydawało rozporządzenia, którym brak nieraz ściśle umiejętnego uzasadnienia pod względem sądowo-lekarskim, lecz nie brak trafności pod względem misternie zarządzanych oszczędności. Wspomnę tu tylko o reskrypcie c. k. Ministerstwa sprawiedliwości z dnia 21 lutego 1879 L. 2206, który poucza, iż samo przedsięwzięcie bez przeszkody próby płucnéj na to wskazuje, że sekcyjonowane zwłoki nie mogą być uważane jako zgniłe w myśl taryfy należytości rozporządzenia ministeryjalnego z dnia 17 lutego 1855 d. pp. N. 33“, a co do przyznawania należytości za osobne orzeczenia (dodatkowe) obostrza jeszcze przepisy dozwalając tylko wyjątkowo w razie szczególnie powikłanych i trudnych okoliczności, wymagających studyjów i namysłu, oddania orzeczenia w kilka dni późniéj i zarachowania wówczas osobnéj za to należytości, zazwyczaj nieprzekraczającéj kwoty 2 fl. 10 ct. w. a. — Co do postanowienia o próbie płucnéj, to rozporządzenie powyższe krytyki umiejętnéj wytrzymać nie może, pomimo bowiem zgnicia powłok zewnętrznych i pojawienia się na nich pęcherzy skutkiem zgnilizny w stopniu najwyższym, płuca mogą wytrzymać jeszcze próbę płucną i przedsięwzięcie téjże może być z korzyścią dla toczącego się śledztwa dokonaném, jak to codzienne doświadczenie lekarskie poucza; jeden fakt przeto drugiemu nie przeszkadza, a w tym przynajmniéj przypadku chęć oszczędności naukowo uzasadnić się nie daje.

Jeżeli postanowienia taryfy z r. 1855 w działach dotyczących czynności ściśle sądowo-lekarskich, tak w sprawach cywilnych jak i w postępowaniu karném, zawierają tyle rażących i wprost niesłusznych i krzywdzących postanowień, to cóż mówić o wynagrodzeniach lekarzy chirurgów, tudzież czynności położniczych z polecenia sądowego przedsięwziętych, jeżeli za jednorazowe odwiedziny lub zbadanie stanu zdrowia przyznaje taryfa od jednéj osoby kwotę 17½ centa, a chirurgowi 9 centów, a jeżeli równocześnie było więcéj niż 6 osób w jednym zakładzie badanych lub leczonych, to lekarz ma otrzymać tylko po 9 centów, chirurg zaś zaledwie po 4 centy; gdzie za zastosowanie cewnika u kobiet taryfa przyznaje 53 centów, a u mężczyzn tylko 25½ ct., za badanie części płciowych kobiet również tylko 17½ centa, za zeszycie rany 35 centów, za opatrunek rany 17½ centa, za pierwszy opatrunek przy złamaniu kości lub zwichnięciu 3 fl. 15 ct., a za powtórny opatrunek znów tylko 17½ centa, a jedynie tylko za amputacyję ramienia, uda, ręki lub nogi uzyskać można 10 fl. 50 ct. i za krwawe wprowadzenie uwięzgłéj kiszki takąż samą kwotę.

Należytości te okażą się wprost niemożebnemi, jeżeli się tylko uwzględni, że najuboższy włościanin za zwykłe badanie płaci w domu u lekarza 40 do 50 centów, a najmniejszy rękoczyn opłaca kwotą 4 do 5 razy wyższą, niż to powyższa taryfa przyznaje. — A jakżeż jaskrawo odbijają od powyższych należytości postanowienia taksy lekarskiéj ustanowionéj przez węgierskie ministerstwo spraw wewnętrznych, które za *visum repertum* lub świadectwo lekarskie wydane na żądanie osoby prywatnéj ustanawia należytość w kwocie 5—6 złr., za sekcyję od 10—25 złr., za operacyje chirurgiczne od 10—25—50 złr., a za wizytę lekarską od 1—2 złr. w. a.

Pokrótce zestawiłem tutaj najważniejsze szczegóły przestarzałéj taryfy z r. 1855 i o ile można w świetle bezstronném starałem się wykazać krzywdzące nas postanowienia téjże; pocieszać się zaś nam wypada, że połączonym usiłowaniom, tak wszystkich lekarzy, od których ustawa wprost żąda pod zagrożeniem dotkliwą grzywną spełniania mozolnych obowiązków rzeczoznawców sądowo-lekarskich, połączonych z ciężką odpowiedzialnością, jakoteż i bezstronnych osób z sfer sądownictwa broniących praw obywateli w parlamencie wiedeńskim, uda się wyjednać rewizyję wszystkich szczegółowych postanowień staréj taryfy. Ze względu zaś na olbrzymie postępy w zakresie nauk lekarskich i trudniejsze dla tego stanowisko lekarzy sądowych, którzy na podstawie ostatnich wyników badań umiejętnych mają oddawać orzeczenia ściśle naukowo i wyczerpująco opracowane, ze względu na znaczne obniżenie się wartości pieniędzy w ciągu ubiegłych lat 30, oraz ze względu na uciążliwe stosunki terenu w okolicach górskich w niektórych krajach naszéj monarchii jakoteż przez wzgląd na stanowisko i powagę rzeczoznawców sądowo-lekarskich powinien rząd zmienić radykalnie postanowienia taryfy z r. 1855 i przywrócić prawo, dozwalające lekarzom sądowym używania osobnéj podwody. Sądzę, że lekarze sądowi zgodziliby się chętnie, gdyby rząd przyjął za normę taryfę obowiązującą w państwie niemieckiém i za czynności sądowo-lekarskie, a szczególniéj za dokonywanie sekcyj, wymierzył omówione już wyżéj należytości. Tym sposobem na polu od tak dawna leżącém odłogiem, a systematycznie niepoprawianém, lecz pogarszanem, uczynionoby krok ważny, krok najprostszéj sumienności i sprawiedliwego zadosyć uczynienia nieprzesadnym, lecz słusznym żądaniom ciężko pokrzywdzonych lekarzy sądowych. *F.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w maju r. 1886.

Tyfus brzuszny zmniejsza się stopniowo od początku kwietnia b. r., stwierdzono go w maju w 30 powiatach w 82 miejscowościach u 1988 chorych, z tych wyzdrowiało w ciągu miesiąca 1368 czyli 68·8%, umarło 97 czyli 4·9% (w kwietniu 6·5%, w marcu 10·1%), pozostało w leczeniu z końcem maja 523 (z końcem kwietnia 559) w 37 miejscowościach. Najwięcéj rozszerzonym był tyfus brzuszny w powiatach rawskim (10 gmin), bobreckim (7 gmin), lwowskim i tarnopolskim (po 6 gmin), żółkiewskim i gródeckim (po 5 gmin). Prócz powiatu tarnopolskiego,

wszystkie inne właśnie wymienione powiaty graniczą z sobą wzajemnie. Śmiertelność w ogóle była małą, a największa liczba przypadków śmierci zdarzyła się w jednéj gminie pow. lwowskiego; w tym téż powiecie największą liczbę przypadków choroby stwierdzono, prócz tego w 4ch gminach pow. czortkowskiego (209 chorych).

Tyfus plamisty od grudnia 1885 rozszerza się wprawdzie powoli lecz stale, w maju stwierdzono go w 23 powiatach w 44 gminach u 1336 chorych (w kwietniu tylko 906). Z tych wyzdrowiało 803 czyli 60·1% (w kwietniu 67·4%), umarło zaś 109 czyli 8·2% (w kwietniu 10·6%), pozostało z końcem maja 424 (w kwietniu 199). Najwięcéj był tyfus plamisty zarówno jak w kwietniu tak i w maju w powiecie brodzkim rozszerzonym, gdzie w 6 gminach 217 przypadków choroby stwierdzono, z śmiertelnością = 15·2%; w powiecie czortkowskim było w dwu gminach 154 przypadków choroby, z śmiertelnością 11%; także w sąsiednich powiatach drohobyckim, samborskim i rudeckim stwierdzono w każdym wyżéj 100 chorych. W miasteczku Błażowy w pow. rzeszowskim rozszerzył się tyfus plamisty dość nagle na 62 osób, przebieg jednak epidemii dotychczas jest łagodnym.

Tyfus powrotny stwierdzono w jednym domu w mieście Podgórzu obok Krakowa u siedmiu osób; przebieg łagodny.

Szkarlatyna, która z końcem kwietnia zdawała się zupełnie wygasać, ponownie w maju rozszerza się, a mianowicie w powiecie rzeszowskim, jasielskim, gródeckim i przemyskim. Z 388 leczonych w maju chorych wyzdrowiało 208 czyli 53·6%, umarło 57 czyli 14·7% (w kwietniu tylko 7·4%), pozostało 123 chorych (z końcem kwietnia tylko 40 chorych).

Błonica pojawiła się tylko w jednéj gminie.

Odra ponownie się szerzy, stwierdzono ją w maju w 27 powiatach w 70 gminach u 3472 chorych, z tych wyzdrowiało 2345 czyli 67·5%, umarło 176 czyli 5·1% (w kwietniu było 3061 chorych, z tych umarło 6·0%).

Także i krztusiec, kt' r z końcem kwietnia był bliskim zupełnego wygaśnięcia, w maju przybrał ponownie większe rozmiary, i tak gdy z końcem kwietnia pozostało w trzech gminach 77 chorych, w maju przybyło do tego 548, a z ogólnéj liczby 625 leczonych chorych wyzdrowiało 192 czyli 30·7%, umarło 20 czyli 3·2%, pozostało z końcem maja 413 chorych w 9 gminach, przeważnie w powiecie łancuckim i gródeckim.

Dysenteryja pojawiła się sporadycznie w dwu gminach dwu rozmaitych powiatów, lecz z końcem miesiąca wygasła zupełnie.

Ospa szerzy się od marca coraz bardziéj, w maju stwierdzono ją w 20 powiatach w 75 miejscowościach. Z 914 leczonych chorych (w kwietniu 838) wyzdrowiało 458 czyli 50·1% szczepionych i 124 czyli 13·6% nieszczepionych, umarło 52 czyli 5·7% szczepionych, a 92 czyli 10·1% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 99 szczepionych a 89 nieszczepionych. Najwięcéj rozszerzoną była ospa w powiecie żywieckim, w którym w 14 gminach zdarzyło się 141 przypadków choroby a 14 śmierci, niemniéj w powiecie rawskim w 15 gminach 109 przypadków choroby a 13 śmierci; największa ilość zachorowania i śmierci zdarzyła się w powiecie sokalskim, w którym w 9 gminach było 175 przypadków choroby a 36 czyli 20% śmierci; w tym ostatnim powiecie wygasła jednak ospa prawie zupełnie, tak iż z końcem miesiąca tylko w jednéj gminie 7 chorych pozostało.

Lwów d. 16 czerwca 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.); z róży 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku duru brzusznego, 1 duru osutkowego i 1 róży. W tygodniu od 30 maja do 5 czerwca umarło z ospy: w Warszawie i Petersburgu po 1, w Wiedniu 3, w Pradze 4, w Wenecyi 2, w Zurychu 3, w Paryżu 6, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Odesie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 85. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 14, w Londynie 12. Z odry umarło w Berlinie 10, w Paryżu 24, w Londynie 41, w Petersburgu 37. Z płonicy umarło w Paryżu 16, w Petersburgu 34. Z błonicy i dławca umarło w Berlinie 16, w Hamburgu 11, w Lipsku 9, w Paryżu 22, w Londynie 17. Z krztuśca umarło: w Paryżu 11, w Londynie 42.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,4; we Lwowie 38,4; w Drohobyczu 57,8; w Kołomyi 22,4; w Przemyślu 48,3; w Stanisławowie 22,9; w Tarnopolu 27,6; w Tarnowie 28,6; w Czerniowcach 37; w Opawie 47,5; w Warszawie 25,1; w Wiedniu 29,1; w Lincu 49,3; w Salcburgu 25,5; w Gracu 35,1; w Lublanie 32,4; w Tryjeście 29,1; w Insbruku 33,2; w Pradze 37,8; w Bernie 40,2; w Ołomuńcu 51,2; w Berlinie 24,7; we Wrocławiu 34,7; w Gdańsku 30,3; w Dreźnie 29,0; w Hamburgu 27,8; w Kolonii 28,4; w Lipsku 23,0; w Mnichowie 30,8; w Strasburgu 22,7; w Amsterdamie 23,2; w Bazylei 15,5; w Brukseli 21,4; w Budapeszcie 35,5; w Chrystyjanii 18,3; w Genewie 17,8; w Kopenhadze 26,0; w Londynie 19,8; w Odesie 23,5; w Paryżu 32,1; w Petersburgu 23,7; w Stokholmie 23,2; w Wenecyi 59,7; w Zurychu 32,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* Kraków d. 24 czerwca. Na posiedzeniu swém z d. 18 czerw. Wydział lekarski U. J. wybrał dziekanem na przyszły rok szkolny prof. Browicza, poruczył zastępstwo w klinice chorób dzieci przez czas urlopu prof. Jakubowskiego Drowi Murdzieńskiemu i zamianował dotychczasowego demonstratora przy katedrze medycyny sądowéj Dra Schaittera asystentem przy téjże katedrze na 2 lata.

* Uproszony przez deputacyję studentów odwiedził temi dniami pan Rektor Uniw. Jagiell. zakład prof. Adamkiewicza, celem przekonania się o jego stanie. Przekonał się téż, o czém wszyscy zresztą wiedzą oddawna, że w zakładzie, za drogie pieniądze pomieszczonym w domu prywatnym, a pierwotnie obliczonym na 35—40 słuchaczów, obecnie około 100 uczniów gnieździ się z największą oczywiście niewygodą dla siebie i dla profesora, tak że wykłady odbywać się muszą przy drzwiach otwartych, aby część uczniów przynajmniéj w korytarzu miejsce dla siebie znaleźć mogła. Jeżeli ten sposób wykładania praktykować się może w porze letniéj, to za tém nie idzie wcale, aby był możebnym i w porze zimowéj. Półrocze letnie jakoś przejdzie, ale w półroczu zimowém liczba uczniów najprawdopodobniéj będzie jeszcze większą; jak wtedy profesor pogodzi obowiązek nauczania z niemożnością uczenia, na to pytanie niechaj odpowie, kto może. P. Rektor wyszedł z najlepszą chęcią zaradzenia złemu, ale czy potrafi zaradzić, o tém wątpić należy. Przed pół rokiem Namiestnictwo poleciło szukać lepszego lokalu dla patologii ogólnéj; szukano a nieznaleziono. W miesiącu marcu Wydział wystosował podanie do Ministerstwa Oświecenia, przedstawiając konieczną potrzebę rychłego przystąpienia do budowy zakładu patologicznego na gruncie szpitala św. Łazarza stanąć mającego; otrzymawszy w Wiedniu wskazówkę, aby tymczasem sporządzono plany dla tego zakładu, dziekan w miesiącu kwietniu udał się do Namiestnictwa z prośbą odnośną, na którą dotąd niema żadnéj odpowiedzi. Obracamy się więc w kole błędném, z którego trudno znaleźć wyjście, a tymczasem cierpią uczniowie. Gdzieindziéj sprawa łatwiejsza; jeżeli niema miejsca dla uczniów, to wielka ich część, usprawiedliwiona w obec własnego sumienia, używa komocyi na świeżém powietrzu lub przepędza czas wolny w kawiarniach itp. zakładach pozauniwersyteckich. U nas, na chwałę naszych uczniów przyznać to trzeba, wszyscy prawie pragną się uczyć i słusznie domagać się mogą, aby im dana była sposobność do uczenia się. Czyż mamy koniecznie czekać, aż się potrzebą zmuszeni odzwyczają od uczęszczania na wykłady? *Caveant consules!*

Nie lepiéj się ma rzecz z zakładem anatomii patologicznéj, któremu brak nie tylko miejsca ale i wody, a tém samém zbywa na możności przestrzegania czystości, tak potrzebnéj w takim zakładzie.

Klinika chirurgiczna natomiast przynajmniéj za lat parę znajdzie odpowiednie pomieszczenie, albowiem z kompetentnego źródła otrzymaliśmy właśnie wiadomość, że sprawa zakupienia gruntu Morgensterna, uchwalona już przez Radę Państwa

temi dniami ostatecznie załatwioną zostanie. Jeżeli się zważy, że ta sama klinika chirurgiczna, która była odpowiednią w owym czasie, gdy do niéj uczęszczało kilkunastu zaledwie uczniów, wystarczyć musi i obecnie, gdy zapisanych jest uczniów 154, to dziwić się tylko trzeba wytrwałości i profesora i uczniów, którzy mimo ciasnoty i zaduchu nie tracą odwagi i chęci do pracy.

W obec tego pocieszającą jest wiadomość, którą właśnie otrzymujemy ze Lwowa, że Wydział krajowy postanowił prosić Sejmu o pozwolenie otworzenia w krakowskim szpitalu św. Łazarza oddziału ocznego na 24 łóżek, który pozostawać ma pod kierownictwem profesora okulistyki. Tym sposobem szpital dopełni się tak ważnym i potrzebnym oddziałem, a młodzież ucząca się korzystać będzie z nierównie większego niż dotąd materyjału.

* Jeden z kolegów zwraca uwagę naszą na inserat umieszczony w *Reformie,* w któréj ogłoszono konkurs na posadę lekarza miejskiego w Dobczycach a żądano od kandydata świadectwa „zdrowia, moralności i pełnoletności“. Dziwneto zaprawdę wymogi!

(K.) Oprócz apteki p. Hermana Kahanego istnieje w Tarnopolu jeszcze druga apteka, która na receptach odbija stampilije niemieckie, a jest nią apteka p. Leona Fleischmanna. Mamy przed sobą recepty wystawione przez Dra Leiblingera dla wcale dobrze po polsku mówiącéj p. Haji Teitelbaumowéj, a mianowicie z dnia 26 maja br. L. 6352 i 6353, i z d. 28 maja L. 6414, a na każdéj znajduje się stampilija: *K. k. Kreis-Apotheke des Leo Fleischmann in Tarnopol,* i już poprzednio spotykaliśmy się często z tym samym napisem. Nie rozporządzając innym sposobem, aby nakłonić p. Leona Fleischmanna do większego poszanowania naszéj narodowości i naszego języka krajowego, postępowanie jego podajemy do wiadomości kolegów, a przedewszystkiém Sekcyi tarnopolskiéj Towarzystwa lek. galic.

Z niezmierną przykrością stwierdzamy również coraz to częściéj, że i wielu kolegów w Galicyi dobrze po polsku mówiącym chorym pisze na receptach sygnatury niemieckie. Jaki cel takiego postępowania — pojąć nie możemy. Dla zapobieżenia jednak, aby zwyczaj ten bardziéj się nie rozpowszechniał, ogłaszać będziemy pełne nazwiska tych kolegów, których niniejsza wzmianka nie poprawi.

* W Klosterneuburgu pod Wiedniem od początku czerwca panuje w batalijonie pijonierów choroby, występujące jużto jako zap. opon mózgordzeniowych jużto w postaci duru; w ogóle było dotąd 30 przypadków cięższych a 30 lżejszych zap. mózgordzeniowego, nie równie zaś więcéj przyp. duru brzusznego, tak że razem zachorowało 171 żołnierzy. Batalijon pijonierów umieszczony jest w koszarach nowych, higijenicznie urządzonych, a ponieważ i woda studzienna, zbadana przez Kretschmera, okazała się całkiem dobrą, zdaje się, że przyczyną téj epidemii jest bliskość ramienia Dunaju, do którego wszystkie kanały miejskie uchodzą. W batalijonie piechoty, gdzieindziéj umieszczonym, oraz pomiędzy ludnością cywilną dotychczas było zaledwie kilka przypadków obydwóch wspomnionych chorób. *(W. m. W.)*.

* W dniach 6—8 września rb. odbędzie się w Insbruku wiec stowarzyszeń lekarskich austryjackich, a w połączeniu z nim wiec ogólny lekarzy austryjackich.

* W gubernii orelskiéj umarła włościanka Maryja Pusavowa, lat 40 licząca, po powrocie z Paryża, gdzie leczoną była przez Pasteura z powodu ukąszenia przez wilka. Jestto druga osoba, u któréj postępowanie Pasteura okazało się bezskuteczném. Powróciwszy do domu jako uleczona zapadła na wściekliznę wybitną i umarła w szpitalu pod dozorem lekarskim.

* W Cieplicach czeskich było do d. 19 czerwca gości 2335, w Giesshüblu 140.

* **Lwów.** Dnia 1 lipca b. r. rozpoczyna Dr. J. Szpilman dla zamiejscowych kolegów dwutygodniowy kurs bakteryjologiczny. Ponieważ zgłosiła się dostateczna liczba uczestników z prowincyi, kurs przyjdzie do skutku. Koledzy, chcący wziąć udział w tym kursie, mogą się jeszcze zgłosić. Następny kurs odbędzie się dopiero w październiku lub listopadzie.

Na posiedzeniu swém z d. 18 bm. Wydział krajowy przekonawszy się, że na oddziale chirurgicznym lwowskiego szpitala powszechnego wyniki lecznicze w ciągu ostatnich 3 lat są lepsze od dawniejszych, wyraził uznanie swoje kierownikowi tego oddziału, Drowi Grzegorzowi Ziembickiemu i dwom jego pomocnikom Drom Sztembartowi i Latejnerowi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Prof. nadzw. anatomii opisowéj w Uniw. niemieckim, Dr. Rabl, mianowany został prof. zwyczajnym. — Dziekanem na rok przyszły wybrany prof. Tomsa, wyborcami rektora: proff. Spina, Streng, Steffal, Maixner, członkiem Senatu Spina, zastępcami docentów: Michl, Nessl. — **Insbruk.** Na opróżnioną katedrę farmakologii Wydział lekarski proponuje terno następujące: 1) Maly, 2) Möller i Tappeiner, 3) Paschkis. — **Dorpat.** Prof. nadzw. w Heidelbergu Dr. Adolf Weil wybrany został zwyczajnym profesorem szczegółowéj patologii i terapii (liczy on lat 40). — Katedrę psychijatryi opróżnioną po Eminghausie, który przyjął powołanie do Fryburga, otrzymał Dr. Emil Kraepelin z Drezna.—**Wiedeń.** Radca dworu prof. August Breisky otrzymał katedrę po Späcie a prof. Gustaw Braun otrzymał tytuł radcy dworu.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Kazimierz Bogdan Piątkiewicz z Tarnopola, Maksymilian Mosler z Birczy i Michał Stan. Świątkiewicz z Zarzecza w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Giesshüblu umarł prof. medycyny w Wydziale niem. w Pradze, Dr. Kaulich, dyrektor szpitala dzieci Franciszka Józefa, licząc lat 56. Zmarły był czynny także w wiecach lekarskich. — W Bernie umarł fizyk miejski i prezes rady sanitarnéj Dr. Boner.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Heringa: Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych towarzyszących t. zw. suchotom krtani (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Sękowskiego: Wziernik maciczny i rurka okienkowata prof. Bandla; Krausego: Dwa przypadki zgorzeli narządów płciowych zewn. u mężczyzny; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.); Heimana: Kilka słów z powodu artykułu Dra Góranowskiego p. t. Przypadek szankra w uchu średniém. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 11, 12: Kijewskiego: Promienica.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 257.

KONKURS

na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiéj rozpisuje się niniejszém, począwszy od 1 Lipca rb.

Ubiegający się zechcą wręczyć podania swoje podpisanemu dziekanowi do dnia ostatniego Czerwca rb.

Kraków d. 17 Czerwca 1886.

Prof. Blumenstok.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Gologórach z roczną płacą 300 złr.

Bliższéj wiadomości udziela

Adolf Wujcicki
Naczelnik gminy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.